Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Logopedická intervence u seniorů v rezidenčním prostředí

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Barbora Bočková, Ph.D.

Vypracovala:
Bc. Radka Hapalová

Brno 2011

Poděkování:
Touto cestou děkuji PhDr. Barboře Bočkové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytnutí času, cenných odborných rad a připomínek, čímž mi velmi pomohla při zpracovávání diplomové práce.

Také děkuji všem, kteří se zúčastnili prováděného výzkumného šetření, za jejich názor na danou problematiku a ochotu spolupracovat.

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně, duben 2011 ……..……..

Podpis

„*Vždy umožni druhé osobě uchovat si svou vlastní tvář*.“

J. M. Zgola

Obsah

Úvod ... 6
1 Problematika stáří – teoretická východiska ... 8
1.1 Stárnutí a stáří, vědy zabývající se stářím ... 8
1.2 Chorobné procesy ve stáří ... 10
1.3 Institucionální péče o seniory ... 11
1.4 Trendy v péči o seniory ... 12
2.1 Syndrom demence ... 18
2.2 Alzheimerova choroba ... 20
2.3 Parkinsonova choroba ... 22
2.4 Cévní onemocnění mozku (cévní mozková příhoda) ... 25
3 Narušená komunikační schopnost ... 27
3.1 Narušená komunikační schopnost – klasifikace ... 27
3.2 Afázie ... 29
3.3 Dysartrie, dysfagie ... 32
3.4 Logopedická intervence u osob s narušenou komunikační schopností ve stáří ... 36
4 Logopedická intervence u seniorů rezidenčním prostředí ... 39
4.1 Cíl výzkumu, metodologie ... 39
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku ... 40
4.3 Vlastní šetření ... 43
4.4 Závěry šetření ... 83
Závěr ... 86
Resumé ... 87
Summary ... 88
Seznam literatury: ... 89
Seznam tabulek a grafů
Seznam příloh

Úvod

Stáří a stárnutí je neodmyslitelnou součástí lidského života. Většinou je vnímáno jako klid, zmírnění životního tempa, radost z prožitého a poznaného, zúročení životních zkušeností.

Stárnutí je individuální proces, daný nejen genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami. Je to proces kontinuální, je součástí celoživotního vývoje organismu.

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze přirozeného průběhu života. Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno. Zdravotní a funkční stav seniorů se historicky a generačně zlepšuje a je účelné a smysluplné usilovat nejen o zabezpečení nemocných a závislých starých osob, ale především o zlepšování jak zdravotního tak i funkčního stavu ve stáří a o prevenci závislosti.

K této prevenci a péči je řazena také logopedická péče o seniory s narušenou komunikační schopností, která se nejčastěji vyskytuje u osob s diagnózou Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba a po prodělání cévní mozkové příhody.

Komunikační schopnost a logopedická intervence u zmiňovaných osob je mnohdy opomíjenou oblastí a česká literatura se jí zabývá pouze okrajově.

Schopnost komunikovat je velmi důležitá, neboť její narušení může samo o sobě způsobit sociální izolaci až vyřazení ze společnosti. Tato fakta mě vedla k zamyšlení a k zaměření se právě na tuto oblast.

Cílem diplomové práce je vymezení pojmů stárnutí a stáří, shrnutí možností, které přináší stát v oblasti sociální péče o seniory, analýza problematiky Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci, cévní mozkové příhody a nejčastější narušení komunikační schopnosti provázející tyto chorobné procesy.

Cílem výzkumného projektu je zjistit, jak je zabezpečena logopedická péče u seniorů s narušenou komunikační schopností při diagnóze Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba a po cévní mozkové příhodě v rezidenčním prostředí.

Diplomová práce navazuje a rozšiřuje bakalářskou práci na téma Péče o seniory s demencí vypracovanou pod vedením doc. PhDr. Pavla Mühlpachra, Ph.D. a obhájenou v roce 2009 na Masarykově univerzitě, Pedagogické fakultě, Katedře speciální pedagogiky.

Diplomová práce je rozčleněna do čtyř kapitol. První kapitola objasňuje pojmy jako jsou procesy stárnutí a stáří a vědy, které se těmito procesy zabývají. Jsou zde obecně popsány i chorobné procesy vyskytující se ve stáří a nejčastěji využívané terapie a koncepty v práci se seniory.

Druhá kapitola se podrobněji zabývá onemocněními, která stále častěji provázejí stáří a jsou úzce propojeny s narušenou komunikační schopností.

Třetí kapitola je věnována nejčastějším poruchám řeči, ke kterým dochází ve stáří, jako je afázie, dysartrie, dysfagie a logopedické intervenci o osoby s narušenou komunikační schopností.

Ve čtvrté kapitole je zpracován výzkumný projekt, který se zabývá problematikou logopedické intervence u seniorů s diagnózou Alzneimerova choroba, Parkinsonova choroba a s narušenou komunikační schopností jako následkem po prodělané cévní mozkové příhodě v rezidenčním prostředí.

Pro vlastní šetření byl zvolen kvantitativní výzkum, proveden dotazníkovou formou. V dotazníku byly použity otázky dichotomické, otázky uzavřené s předloženými alternativami, z nichž si respondenti vyberou jednu nebo více odpovědí a otázky otevřené pro volné vyjádření názorů k dané problematice.

Výzkumným vzorkem byli senioři s narušenou komunikační schopností s diagnózou Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba a po prodělání cévní mozkové příhody prostřednictvím pracovníků na vybraných pracovištích zajišťujících péči o tyto osoby.

1 Problematika stáří – teoretická východiska

1.1 Stárnutí a stáří, vědy zabývající se stářím

„***Stárnutí*** *je přirozená součást života. Je to posloupnost nezvratných změn, ke kterým dochází v živém organismu, a které postupně omezují a oslabují jeho funkce. Jde o proces, který má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramován a podléhá vlivům prostředí“* (Petřková A., Čornaničová R., 2004, s. 29).

„***Stáří*** *je obecným označením pozdních fází ontogeneze přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatněním dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí. Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížným“* (Mühlpachr P., 2005, s.16).

Pro označení člověka žijícího v období stáří nacházíme v odborné literatuře různé pojmy. Pojem „**senior**“ se začal používat především proto, že je významově neutrální – neexistuje jiné, emočně nezatížené obecné označení pro člověka v celém věkovém období stáří, je jasný a flexibilní, systémově navazuje na pojem sénium.

Současná medicína rozpoznává 3 typy seniorů: seniora zdravého, seniora s mírnou poruchou kognitivních funkcí, seniora s demencí (Petřková A., Čornaničová R., 2004).

Z důvodu této interindividuální variability projevů tedy současná gerontologie nevymezuje přesné hranice stáří, lze určit jeho biologický počátek mezi 60. a 65. rokem života s rozlišením, které uvádí I. Holmerová, B. Jurášková , K. Zikmundová (2003), a to počínající stáří (60 - 75), vlastní stáří (75 - 89) a dlouhověkost (90 a více let).
Nebo je uplatňováno dělení na mladé seniory, staří seniory, velmi staré seniory.
J. Švancara (1983) uvádí dělení následující: zralá dospělost /presenium/ tj. 46/48 – 65 let, stáří /senium/ tj. nad 65 let a vysoký věk nad 80 let.

Stárnutí je celoživotní a individuální proces. Z hlediska vývoje je stárnutí cestou do stáří, které je přirozenou a poslední etapou životní cesty. Tato etapa, stejně jako jiné vývojové etapy má své specifické biologické znaky. Strukturální i funkční změny, ke kterým dochází při normálním, fyziologickém stárnutí, mají především regresivní charakter, neopakují se (Petřková A., Čornaničová R., 2004).

Stáří byla věnovaná v průběhu vývoje lidstva pozornost především filozofická a lékařská. V současnosti se nejen před společností jako takovou, ale i před společenskými vědami otevírá široké akční pole působnosti. Důvodem je prodlužování se lidského života v etapě postproduktivní. Nastolují se nové pedagogické problémy, svoje legitimní místo nacházejí speciální pedagogika, andragogika, gerontopedagogika a jiné vědy a obory (Mühlpachr P., 2005).

Gerontologie, jak ji popisuje P. Mühlpachr (2005) je sociální nutnost postmoderní společnosti. Je to přírodní věda, multidisciplinární soubor poznatků o stárnutí a stáří, je členěna do tří hlavních podskupin.

První z nich představuje *gerontologie experimentální* (biologická), která zkoumá příčiny a mechanismy stárnutí živého organismu. *Sociální gerontologie* se zabývá vzájemným vztahem starého člověka a společnosti. Třetí podskupinou je g*erontologie klinická,* jenž se věnuje zvláštnostem zdravotního stavu a nemocí ve stáří, specifickým aspektům jejich výskytu, klinickému obrazu, průběhu léčení.

Gerontopedagogika jako nedílná součást gerontologie se vymezila jako subdisciplína koncem 20. století. Je prezentována jako disciplína teoreticko empirická zabezpečující komplexní péči, pomoc a podporu seniorů při uspokojování jejich potřeb v nemedicínské dimenzi, ale i paralelně s ní.

V užším slova smyslu je to pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů, jedná se o vzdělávání ve stáří a ke stáří.

V širším slova smyslu je prezentována jako teoreticko-empirická disciplína zabezpečující komplexní péči, pomoc a podporu seniorů při uspokojování jejich potřeb v nemedicínské dimenzi, ale i paralelně s ní. Lze ji chápat jako multioborovou disciplínu slučující poznatky ze sociální práce, lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky a práva (Mühlpachr P., 2004).

Odborníci ze Slovenské republiky užívají název **gerontagogika.** Je vymezována jako hraniční vědní disciplína na pomezí andragogiky (jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých) a gerontologie (jako vědy o stárnutí a stáří) se řadí do systému věd o výchově.

Je disciplínou andragogickou, její cílovou skupinou jsou senioři, proto je řazena mezi vědy gerontologické (Petřková A., Čornaničová R., 2004).

Geriatrie (klinická gerontologie) je medicínou stáří. Je to samostatný specializovaný lékařský obor vycházející z vnitřního lékařství a zabývající se problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetřovatelskými a propojením s primární péčí i sociálními službami. Jejím hlavním úkolem je zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu (Mühlpachr P., 2004).

Dále lze jmenovat například **gerontopsychiatrii,** jež je součástí psychiatrie, zabývá se psychickými poruchami souvisejícími s procesem stárnutí a stáří a **gerontopsychologii**, která studuje psychologické aspekty procesu stárnutí a období stáří.

1.2 Chorobné procesy ve stáří

Stárnutí postihuje celý organismus a projevuje se omezováním hybnosti, výkonnosti a výdrže, sníženou imunitou. Klesá frustrační tolerance, zhoršuje se paměť, myšlení a funkčnost smyslových orgánů.

Dle E. Topinkové (2000) se u geriatrických pacientů můžeme setkat s chorobami, které jsou v dětství a středním věku vzácné a jsou označovány jako geriatrické syndromy, viz tabulka č. 1.

Somatické	**Psychické**	**Sociální**
poruchy chůze a pohyblivosti	demence	ztráta soběstačnosti
závratě, nestabilita, pády	deprese	závislost na pomoci druhých
inkontinence moči a stolice	delirium	sociální izolace
poruchy regulace teploty	poruchy chování	týrání a zneužívání
poruchy příjmu potravy	maladaptace	dysfunkce rodiny

Tabulka č. 1: Specifické geriatrické syndromy

Za nejobecnější charakteristické rysy stáří jsou považovány: **zpomalení psychické činnosti, změny v motorice a změny kognitivních složek osobnosti; deficity ve smyslovém vnímání.** Tím je např**.** úbytek citlivosti na zvuky o vyšším kmitočtu ztěžující porozumění řeči, úbytek zraku a sluchu může vyvolat emoční problémy, jako je úzkostnost, deprese**.** Deprese je v seniorském věku velmi častá, její důvod není zřejmý, či neexistuje. Lidé jsou apatičtí, rezignují a zanedbávají péči o sebe, jsou evidovány i případy sulcidia lidí vyššího věku právě z důvodu hluboké deprese.

Další výrazná **změna** se může objevit v **oblasti učení a paměti.** Přičemž paměť, jak uvádí J. Baštecký, Q. Kümple, M. Vojtěchovský (1994) je předpokladem životního bilancování a úspěšného vyřešení vývojové krize období stáří, krize „integrity".

V oblasti paměťových funkcí dochází k nejvýraznějším změnám. A to ke zhoršování vštípivosti paměti, člověk není schopen zapamatovat si nové poznatky, méně jich do paměti ukládá. K této poruše přistupuje porucha pozornosti i výbavnosti (Jedlička V., 1991).

S narůstajícím věkem se zhoršuje proces zapamatování a vybavování. Zhoršuje se soustředění, zacházení s novými informacemi, je pomalejší myšlení, reakce na nové nečekané situace

V České republice žije v současné době1,5 milionu lidí starších 65 let. Přibližně 100 tisíc z nich trpí demencí, tedy poruchou paměti a dalších mozkových funkcí, které jsou takového stupně, že narušují běžné fungování (schopnost číst, psát, komunikovat).

Dle P. Mühlpachra (2004) stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí. Zdravotní a funkční stav seniorů se historicky, generačně zlepšuje a je účelné a smysluplné aktivně usilovat nejen o zabezpečení nemocných a závislých starých osob, ale především o další zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří a o prevenci závislosti.

1.3 Institucionální péče o seniory

Významné změny v systému sociálních služeb byly doznány přijetím **zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách**, který nabyl účinnosti 1. ledna 2007. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci.

Vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb a pomoc v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života ve společnosti je hlavním cílem zákona.

Sociální služby zahrnují: sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.

Zákon č.108/2006 Sb., vymezuje **tři formy poskytování sociálních služeb**, a to služby **pobytové,** kdy pobytovými službami jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, dále služby **ambulantní** a **terénní.**

Sociální služby určené seniorům, tak jak jsou uvedeny v Katalogu sociálních služeb (2009) jsou centra denních služeb, denní stacionáře, domovy pro seniory, domovy

se zvláštním režimem, odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelská služba, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006).

Další pobytovou službou určenou seniorům jsou domovy se zvláštním režimem. Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je specifikována jako pobytová služba osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. Dále osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Sociální práce se seniory přináší díky jejich stáří určité problémy a kritické body, tak, jak je vymezila H. Janečková (2005)[1]: sociální práce a zdravotní péče spolu souvisí, neboť zhoršení zdravotního stavu často vyvolá potřebu sociální péče. Péče musí být prováděna kvalitně, a to i v případě, že klient má závažný problém s komunikací (např. v důsledku demence či duševního onemocnění).

Základem práce se starými lidmi je vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, neboť ty patří k základním potřebám starých lidí. Sociální práce se starým člověkem souvisí často také s pomocí jeho rodině a pečujícím.

V případě starého člověka je sociální péče neoddělitelná od zdravotní. Musí být vždy poskytovány současně a jejich vzájemný poměr se podle okolností mění.

Konečným cílem zdravotní a sociální péče je dle V. Pacovského a H. Heřmanové (1981) udržet starého člověka vzhledem k okolí soběstačného, přiměřeně aktivního, společensky integrovaného a spokojeného.

1.4 Trendy v péči o seniory

P. Mühlpachr (2005) uvádí, že lidský život je konečný a jedinec stárne od okamžiku početí. Procesy stárnutí lze ovlivnit řadou odborných intervencí a komplexní, cílenou péčí, podporou a pomocí

[1]JANEČKOVÁ, Hana. *Sociální práce se starými lidmi.* In MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál, 2005. vyd. 1. s. 352. ISBN 80-7367-002-X

V péči se seniory se můžeme dle P. Kovářové (2006) setkat s nabídkou určitých psychoterapeutických služeb, respektive jejich prvků, které se prolínají dalšími léčebnými a rehabilitačními metodami. Jedná se například o skupinové psychoterapie se sociokomunikační a psychodynamickou komponentací – cílem je resocializace po zpracování aktuálních konfliktů, dále programově zaměřené tréninkové skupiny – určeny pro úpravu funkčních defektů nebo změn u demencí.

Mezi nejužívanější **terapie a koncepty,** které nachází své místo v geriatrii je řazena:

Ergoterapie - je to metoda léčby a rehabilitace pomocí vykonávání přiměřené práce, podporující zlepšení fyzického i psychického stavu a zároveň usnadňuje i sociální uplatnění. Hlavním cílem metody je pomoc v soběstačnosti, sebeobsluze a v dalších činnostech. Aktivitu je vnímána jako základní lidská potřeba, podporující osobní vývoj a zlepšující kvalitu života. [online]

Vychází z předpokladu, že člověk může zlepšit své zdraví a kvalitu života tím, že se aktivně zapojuje do zaměstnávání, která jsou pro něj významná a smysluplná. Aktivita je prostředek i cíl léčby, podporuje psychické i tělesné funkce. [online]

Arteterapie, jak uvádí Š. Dostalová (1998)[2], je druh psychoterapie**.** V nejobecnější rovině jde o léčbu uměním. Výtvarné umění je využíváno jako prostředek ke komunikaci, ke zlepšení hybnosti, a to především horních končetin, jako léčebný prvek. Těžiště práce spatřujeme v samotném tvůrčím procesu, nikoli v uměleckém hodnocení vzniklého artefaktu.

Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti expresivních terapií, je léčebnou metodou, která využívá hudbu jako terapeutický prostředek. Je to diverzifikovaný obor s širokým rozsahem možností aplikací v klinické praxi. Hudbu lze využít ve fyzioterapii, neurologii, ošetřovatelství, speciální pedagogice a dalších oborech. Muzikoterapie není spojována pouze s terapií ve svém původním významu, ale označuje také neléčebné aplikace hudby za účelem rehabilitace, vzdělávání, psychohygieny apod. Je poskytována různým cílovým skupinám a je prováděna kvalifikovanou osobou. Muzikoterapie zahrnuje léčení poslechem, vyjádřením hudby pohybem a proto působí na lidskou duši i tělo celostně, hudba proniká do hlubších vrstev osobnosti než mluvené slovo. Ovlivňuje vegetativní funkce, zmírňuje bolest, úzkost, strach. Hudba je sama o sobě komunikací,

[2]DOSTALOVÁ, Šárka. *Arteterapie.* In PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Nové trendy v péči o tělesně postižené u nás – terapie*. In. VÍTKOVÁ, Marie a kol**.** *Integrativní speciální pedagogika*. 1. vyd . Brno: Paidio 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6

umožňuje oslovení a porozumění i tam, kde jsou narušeny běžné mezilidské kontakty. Dělíme ji na pasivní (poslech) a aktivní, což je samotná hra a zpěv (Müller O., 2005).
První vědomě užitou muzikoterapií je ukolébavka. V České republice se muzikoterapie začala používat především v Praze na Foniatrické klinice M. Seemana a na foniatrickém oddělení Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho.

Canisterapie je forma psychoterapie, při které se používá působení psa na člověka. Pes je spolehlivý zdroj citových podnětů a trvalý zdroj citového uspokojení, zvyšuje sebejistotu. Pes je buď součástí odborné aktivity tzv. *Animal assisactivity***,** kdy zvíře je přítomno, není součástí plánovaného procesu, předpokládá se jeho přínos. O. Müller (2005) uvádí, že právě tato forma je nejvíce využívána u seniorů, kdy pes je zdrojem motivace, odpočinku, obohacení kvality života. Další formou je *Animal assisted therapy***,** kdy zvíře je integrální součástí terapeutického procesu. Pes, který je odborně vycvičen se stává trvalou součástí života svého pána.

V současnosti je seniory velmi kladně přijímána i **felinoterapie**, která je postavena na stejném principu jako canisterapie, využívá vrozeného daru empatie, intuice a léčivé energie koček.
Vztah člověk – zvíře dokáže vyvolat pozitivní sociální a emocionální terapeutické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu. Role zvířete jako stabilního osobního společníka napomáhá stimulaci, rozvoji, zejména v oblasti socializačních kompetencí, v oblasti emočního působení, zlepšuje se neverbální komunikace, schopnost empatie, dochází k uspokojování potřeby bezpečí a potřeby citové jistoty (Pipeková J., 1998)[3].
Zvíře může a dokáže člověku navodit duševní harmonii a napomáhat najít ztracenou životní rovnováhu, vytvářet nový smysl života, odnímat pocit osamění. I prostá zodpovědnost za blízkého tvora drží mnohdy staré nebo lidi při životě.
Zvíře přijímá člověka bez předsudků a podmínek, ale vyžaduje také splnění určitých podmínek ke svému životu - a tedy pro člověka tolik důležitý pocit zodpovědnosti a nezastupitelnosti. [online]

Reminiscenční terapie. Reminiscence znamená stimulaci, trénink, „léčbu“ vzpomínkami, např. poznávání starých fotografií, sledování filmů z archivů, prohlížení a četba starých novin, připomínání, opakování a záznam významných uplynulých událostí ze života a práce. [online]

[3]PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Nové trendy v péči o tělesně postižené u nás – terapie*. In. VÍTKOVÁ, Marie a kol**.,** *Integrativní speciální pedagogika*. 1. vyd . Brno: Paidio 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6

Vzpomínkové podněty hrají v našem životě významnou úlohu, což platí o to více, jedná-li se o pamětníky seniorského věku. Jen málokdo si vystačí skutečně sám v tom, že si již nepotřebuje alespoň bezděčně potvrzovat svoji identitu.

Vzpomínání je přirozenou lidskou činností. Právě vzpomínky, které ucelují bohatý a originální životní příběh člověka, umožňují udržet jeho identitu pohromadě. Ta může být narušena, jsou-li starší lidé vytrženi z domácího prostředí a přemístěním do instituce, kde mají pocit, že nikoho nezajímají a nikdo jim nenaslouchá. Ocitají se v duševní izolaci a může být ohrožena i jejich sebeúcta a chuť prožívat život kvalitně. [online]

Preterapie je metoda, která pomáhá při komunikaci s osobami, jejichž schopnost navázat nebo udržet psychický kontakt je narušena (důvodem narušení může být tělesné či psychické onemocnění či zranění). Metoda vychází z Rogersova přístupu zaměřeného na člověka. Je založena na principu zrcadlení a napomáhá pacientům navázat kontakt s realitou, se sebou samými i s ostatními.

Preterapii lze použít u lidí, kteří jsou často označováni jako „osoby nevhodné pro psychoterapii". Jsou to především osoby s těžkým psychotickým onemocněním, s autismem, s těžkou mentální retardací nebo demencí. Preterapie je vhodná nejen jako psychoterapeutická metoda, ale mohou ji využívat i další pracovníci pomáhajících profesí. Umožňuje například zlepšit komunikaci osob v pobytových zařízeních sociální péče nebo dlouhodobě hospitalizovaných psychiatrických pacientů. [online]

Videotrénink interakcí (VTI) byl poprvé použit v klinické praxi v roce 1980 v Nizozemí, do České republiky se dostal v roce 1993, je krátkodobou a terapeutickou metodou práce s videozáznamem, užívanou při poruchách interakce mezi aktéry komunikace. Cílem je rozvíjení sociálních dovedností, naučení principům verbální i neverbální komunikace a podávání pozitivní zpětné vazby. Vyzdvihuje silné stránky zúčastněných. V péči o seniory má metoda VTI dvojí uplatnění. Je uplatňována jednak jako *individuální pomoc* při řešení konkrétních problémových situací v kontaktu se starými lidmi a jako *výcvikový program* zaměřený na podporu komunikačních dovedností profesionálních pečovatelů, hledání nových možností vzájemné komunikace (Kobierská P., 1999)[4].

[4]KOBIERSKÁ, P. *Videotrénink interakcí a možnosti jeho využití v oblasti péče o seniory***.** In. Kolektiv. *Lidská práva a současný život seniorů v ČR*. Sborník příspěvků z konference Svět seniorů. Kroměříž: Klub UNESCO, 1999.

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání a komunikaci. Autorem konceptu je speciální pedagog, profesor Dr. Andreas Fröhlich.

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimulující ošetřovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu osob, u kterých je využívána. Elementy konceptu integrované do péče mají význam jak v péči o děti, dospělé, tak v péči o seniory.

Bazální stimulace patří v současnosti v zemích Evropské unie k nejpopulárnějším ošetřovatelským konceptům v ošetřovatelství.

Koncept „Bazální stimulace" vychází z předpokladu individuální strukturované péče na základě biografické anamnézy klienta. Druhým podstatným faktorem pro tuto péči je integrace klientovy nejbližší osoby do péče. Tato ošetřovatelská péče umožňuje neustálý (situaci klienta přiměřený) přísun podnětů z vlastního organizmu a také z jeho okolního světa. Cílem je, umožnit orientaci na svém těle a následně v jeho okolí a podpora komunikace.

Základním principem je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení.

Techniky konceptu se člení na prvky základní a nástavbové stimulace. [online]

„Představme si, jak frustrující by bylo, kdybychom nemohli najít svůj domov, nevěděli, který je den… A najednou bychom si při programu vybavili starý recept na nějaké jídlo, dali dohromady skládačku, poznali starou písničku. Pocit radosti a hrdosti z úspěchu by nás nejen vytrhl z letargie, ale přispěl by i k našemu zdraví" (Rheinwaldová E., 1999, s.73).

Díky osvědčeným i novým terapiím a konceptům se nám mnohdy podaří vrátit seniory a osoby s postižení „zpět do života", probudit v nich chuť k dalšímu bytí a integrovat je do společnosti, z níž byly vytrženi.

Shrnutí:

Stáří a stárnutí jsou pozdními fázemi ontogeneze lidského života. Na tato období se zaměřují vědy jako je gerontologie, gerontopedagogika, geriatrie. Stáří má své charakteristické rysy a je u většiny osob provázeno různými onemocněními. Ke zmírnění obtíží přispívají terapie a koncepty, které v geriatrii stále častěji nachází své uplatnění, je

to např. ergo a canis terapie, terapie reminiscenční aj. Důležitou součástí péče o osoby v seniorském věku tvoří systém sociálních služeb, který doznal výrazných změn s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

2 Chorobné procesy provázející stáří

2.1 Syndrom demence

„Demence je popisný pojem odvozený od latinského kořene de mens, který značí pokles úrovně duševní činnosti. Tento pojem se vyvíjí asi sto padesát let. Již ve třicátých letech minulého století byl zřejmý vztah demence ke stáří. Možnost výskytu demence ve střední dospělosti byla rozlišena ve stejné době“ (Mühlpachr P., 2004, s. 40).

Demence je syndrom, jehož projevem je úbytek kognitivních funkcí, zejména paměti a intelektových schopností. Jde o získané onemocnění, které má organický podklad, postihuje asi 5 % populace nad 65 let. V současnosti jí trpí ¼ lidí starších 85-ti let. V zemích Evropské unie je ročně nově diagnostikováno 600 tisíc osob s demencí.

Příznaky demence jsou dle P. Zvolského (2003):

Úbytek paměti, což se nejnápadněji projevuje při učení nových věcí, postupně se hůře vybavují i vědomosti získané v minulosti, ubývají naučené dovednosti a návyky. Postižení je globální nebo částečné.

Zpomalené myšlení, kdy myšlení je pomalé, nevýbavné, stereotypní. Nemocný není schopen plánovat, rozhodovat se, organizovat, logicky myslet, dochází k celkovému úpadku myšlení až k projevům inkoherence, přechodně a nekonstantně se mohou vyskytnout bludy.

Narušení řeči se **v**elmi často projevuje tím, že vznikají různé typy afázií, která bývá projevem lokálního postižení kortexu, osoby hůře rozumí jak mluvené tak psané řeči.

Oploštění emocí se projevuje zhoršenou kontrolou emocí, dochází k jejich oploštění, zchudnutí, objevují se afekty a výbuchy hněvu, tělesný neklid, ztráta iniciativy, převrátí se spánkový režim (člověk přes den pospává a v noci je vzhůru).

Poruchy osobnosti jsou obzvlášť závažné**.** Velmi trpí celá osobnost, dochází k její degradaci, což se projeví v celkovém úpadku až neschopnosti základní péče o sama sebe.

Narušení projevů chování, díky kterým dochází až k projevům chování mimo běžné normy a očekávání, ke ztrátě sebekontroly a poruchám orientace v prostředí, nemocní nepoznávají jim dříve známé věci.

Vázne integrace jednotlivých funkcí mezi sebou, což se projevuje dezorientací v prostoru nebo čase.

R. Jirák (2003)[5] rozlišuje tři základní **typy demence,** jejichž diferenciálně diagnostické rozlišení je v praxi velmi důležité.

1. atroficko - degenerativní (primárně degenerativní)

Do této skupiny náleží např. nejčastěji se vyskytující demence vůbec - Alzheimerova choroba, demence při Parkinsonově chorobě, Pickova choroba, Hungtinktonova chorea.

2. ischemicko - vaskulární

Nejčastější formou demencí tohoto typu je multiinfarktová demence, jejímž podkladem jsou mnohočetné mozkové infarkty – mikroinfarkty. Zpravidla má náhlý začátek, někdy k prvním klinickým projevům dochází po prodělané cévní mozkové příhodě.

3. symptomatická (sekundární)

Do této skupiny náleží celá řada demencí etiologicky značně nejednotná, některé z nich jsou po odstranění vyvolávající příčiny plně reverzibilní, např. farmakogení demence, kterou může vyvolat celá řada farmak, alkoholová demence (Korsakův alkoholový syndrom – porucha paměťové konsolidace, neschopnost zapamatovat si nové paměťové obsahy, dezorientace časem a místem), demence při vitaminových deficitech.

Dle I. Holmerové, B. Juráškové, K. Zikmundové (2003) lze průběh z časového hlediska rozdělit na tři **stadia demence**:

Počínající, mírná demence, kdy dominují poruchy paměti, koncentrace, chování, ztráta zájmu, iniciativy, deprese, změny osobnosti – sobeckost, egocentrismus.

Středně pokročilá demence, kdy dochází k poruše soběstačnosti, neschopnosti vykonávat běžné aktivity (nutný je převážný dohled), prohlubování změn osobnosti, obtížná komunikace, toulání, stavy zmatenosti, podezírání.

Pokročilá, těžká forma demence, je charakteristická poruchou příjmu potravy, osoba nerozpoznává blízké osoby, nechápe okolní dění. Objevují se ztráta schopnosti souvislé řeči, velké stavy zmatenosti, imobilita, inkontinence, úplná ztráta soběstačnosti – postižený je odkázán na nepřetržitou péči.

V případě demencí je důležitá správná a včasná **diagnostika,** díky které lze odlišit demence od příznaků normálního stárnutí (non-demence) a klinických obrazů imitujících demence (pseudodemence).

Pro diagnostiku kognitivních poruch od mírné až po výraznou demenci lze použít baterii mnoha testů.

[5]JIRÁK, Roman. *Organicky podmíněné duševní poruchy, včetně symptomatických*. In ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. Vyd. Praha: Karolinum 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6

Dle P. Mühlpachra (2004) je velmi dobře standardizovaný, mezinárodně srovnatelný, snadný a široce užívaný **Folsteinův test MMSE** – Mini Mental Examination, který diagnostikuje počínající a mírnou demenci. Nejvyšší dosažitelný počet bodů je 30, přičemž hraniční hodnota je 23 body. Test (viz příloha č. 1) vyšetřuje neuropsychologické funkce, a to paměť, orientaci osobou, orientaci v prostoru a čase, řeč a jazyk. Jelikož tento test je zaměřen spíše na diagnostiku Alzheimerovy choroby, je vhodné jej doplnit testem na vyhledávání vaskulárních demencí, který je označován jako Hachinského skóre.

Za všechny ostatní lze zmínit např. praktický a jednoduchý test kreslení hodin, který je uveden v příloze č. 2. Tento test umožňuje využít realizaci kresby ciferníku hodin a určené polohy ručiček k hodnocení poruch paměti, vizuálně-konstrukčních schopností a výkonných funkcí. Je doporučeno provádět jej společně s testem MMSE (Topinková E., 1999).

Sumárně lze demence charakterizovat jako těžké duševní onemocnění, nejzávažnější organické postižení, u kterého jsou různou měrou postiženy různé složky psychiky. Vedoucí příznak je však postižení kognitivních funkcí, především paměti a intelektu. Důležitá je tzv. *deteriorace intelektu*, tj. snížení intelektové úrovně v důsledku choroby oproti úrovni dosažené premorbidně. Za průkazné je pokládáno snížení minimálně o 20 % (Baštecký J., Kümple Q., Vojtěchovský M., 1994).

2.2 Alzheimerova choroba

Tuto chorobu popsal jako první počátkem 20. století, v roce 1907, německý lékař, psychiatr a neurolog Alois Alzhheimer. Je to neurodegenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k postupné demenci. Alzheimerova choroba (dále jen ACH) tvoří 50 -70% všech demencí, trpí jí každý dvacátý člověk. Je to nejrozšířenější forma demence.
V České republice je touto chorobou postiženo 125 tisíc osob a 17 – 25 milionů osob na celém světě. Postihuje častěji ženy. Současná medicína nedovede tuto chorobu léčit, pouze zpomalit její postup a projevy.

Mezi základní **příznaky**, které popisuje I. Holmerová, H. Janečková, D. Niklová (2007) je řazena: porucha paměti (zejména krátkodobé), problémy s vykonáváním běžných domácích činností. Dále poruchy řeči a plynulého vyjadřování, různé formy afázie, hledání slov, zhoršená orientace v čase i prostoru, zhoršená schopnost úsudku, obtížné rozhodování. Dochází k problémům s abstraktním myšlením, problémům při oblékání,

ukládání věcí na místa a se sebeobsluhou. Výrazné jsou změny osobnosti, nálady, chování, zhoršení až ztráta orientace, ztráta zájmu a iniciativy.

I. Holmerová, E. Jarolímová, H. Nováková (2004) uvádí, že rozvoj ACH je velmi pomalý a preklinická fáze může trvat i několik let. Vyskytuje se ve dvou **formách.**

Familiární forma ACH je velmi vzácná, způsobuje 1-5 % případů a postihuje člověka již po padesátém roce věku.

Sporadická forma způsobuje 80 % případů a je typickým onemocněním vyššího věku.

Ve vývoji ACH lze rozlišit 3 **stadia.** Každé z nich je charakteristické jinými příznaky, přičemž přechod mezi jednotlivými stadii může trvat i několik let.

První stadium – mírné, často přehlédnutelné příznaky jako zhoršení paměti, přechodná časová dezorientace, prostorová dezorientace, ztráta iniciativa, obtížné hledání slov.

Druhé stadium – výraznější příznaky, které znemožňují vykonávat každodenní aktivity, výrazné výpadky paměti, neschopnost péče o sama sebe, bloudění, halucinace, zhoršování řečových schopností.

Třetí stadium – úplná závislost, kognitivní poruchy ústí až v rozklad osobnosti, neschopnost poznat i blízké osoby, imobilita, inkontinence.

Nemoc trvá 8 – 10 let a lidé umírají na některé z přidružených onemocnění, díky výrazně snížené obranyschopnosti.

Jak bylo výše zmíněno, ACH vážně ovlivňuje komunikaci, a to na všech úrovních. Tím, jak se u postižené osoby ztrácí schopnost komunikovat, ztrácí se i vztah k okolnímu světu. Kvalita života postižené osoby i těch, kteří o ni pečují, závisí na povaze vzájemného vztahu, proto je mimořádně důležité, aby byla udržována co možná nejlepší komunikace.

Při ACH dochází u člověka ke specifickým poruchám jazyka, jenž činí výměnu slov obtížnou, což narušuje jeho schopnost vyrovnávat se se společenskými a emocionálními situacemi.

Dle J. M. Zgoly (2003), jenž má velkou praxi a zkušenosti s péčí o osoby postižené ACH, je třeba vědět, co se stane se schopností člověka užívat jazyk při ACH.

Je nutné uvědomit si rozdíl mezi řečí a jazykem. **Řeč** je schopnost vyslovovat slova, j**azyk** je schopnost zakódovat myšlenky do slov a naopak. Problém u ACH tkví v tom, že přestože postižený může vyslovovat slova dobře, stává se, že slova, kterých užívá, nemusí přesně vyjadřovat jeho myšlenky a pocity. Může mít také potíže s poznáváním slov, pochopením dlouhých souvětí a sledováním linie hovoru.

Co se týká expresivního jazyka, může docházet k parafrázickým chybám, může používat slovního opisu, řeč se může proměnit v jakousi směsici slov, tzv. „slovní salát“ nebo zůstane jen několik stále opakovaných slov nebo vět, jimiž se snaží vyjádřit všechno.
Postižení receptivního jazyka se může projevit již v prvním stadiu nemoci, kdy osoba, která se ještě dosti dobře vyjadřuje, může mít potíže s porozuměním. Často přestává rozeznávat některá slova, a když je slyší, nedokáže jim přisoudit význam. Někdy je pomocí použít synonyma nebo slovo vysvětlit. Neschopnost porozumět se projevuje jako zvýšená tenze, podrážděnost, s čímž se snaží vyrovnat předstíráním, že rozumí.
Pokud je jazyková funkce poškozena více, musí se hovořící spoléhat více na neverbální podněty. Příznaky týkající se komunikace v jednotlivých stadiích demence ACH tak jak je popisuje R. J. Love, W. G. Weeb (2009) jsou uvedeny v příloze č. 3.

Zájmy osob postižených kognitivní poruchou či demencí se snaží prosazovat v celém světě alzheimerovské společnosti. Jejich mezinárodní federace se jmenuje ADI (Alzheimer’s Disease International) a evropská federace – Alzheimer Europe. ***Česká alzheimerovská společnost (ČALS)***, která vznikla v roce 1997, je členem obou těchto federací a zabývá se společenskými souvislostmi ACH a jiných demencí. Kontaktní místa poskytují informace o ACH, nabízí setkání na svépomocných skupinách rodinných pečovatelů, respitní péči, bezplatné poradenství.

„Vcelku lze demenci Alzheimerova typu charakterizovat jako progredientní demenci s dominujícími mnestickými a intelektovými poruchami, s výrazným úpadkem osobnosti a častými asociovanými poruchami ostatních psychických funkcí“ (Baštecký J., Kümpel Q., Vojtěchovský M., 1994, s. 245).

2.3 Parkinsonova choroba

Tuto nemoc poprvé v roce 1817 popsal londýnský lékař James Parkinson. Na výročí jeho narození 11. 4. připadá Světový den Parkinsonovy nemoci (dále jen PN).
Na světě trpí touto, zatím nevyléčitelnou, nemocí 4 miliony lidí, v Evropě 1,6 milionu.
V České republice je v současné době 20 tisíc nemocných.
Nemoc postihuje jak muže tak ženy, muže častěji. Je degenerativním onemocněním nervového systému středního a staršího věku, vzniká plíživě mezi 50. a 60. rokem**.** Někdy výjimečně může propuknout před 40. rokem života. Dochází k degenerativnímu postižení

buněk bazálních ganglií v mozku. Narušeno je vytváření nervového přenašeče dopaminu tj. látky, která se účastní přenosu vzruchu mezi jednotlivými nervy. Ve většině případů nelze stanovit příčinu onemocnění.

Příznaky bývají zpočátku nenápadné. Nemocný postřehne zvýšenou únavnost, pocity zatuhnutí, křeče, pocity tíže končetin**,** bolesti kloubů a zad (nepřímo zapříčiněné tuhostí), celkové zpomalení a poruchy chůze**.** V jiných případech Vás může na nemoc upozornit téměř výhradně klidový, rytmický, pomalý třes na jedné z horních končetin připomínající „počítání peněz“ nebo „hnětení kuličky“.

Tím jak nemoc pokračuje, setkáváte se s jejími dalšími hlavními příznaky: pocity tuhosti, oboustranným klidovým třesem, pomalostí a chudostí pohybů. Nápadný je zejména „maskovitý“ obličej s nedostatečnou mimikou, řídké mrkání, potíže s polykáním, charakteristická šouravá chůze v předklonu, trup i končetiny mají tendenci k flexnímu držení**.** Dochází ke zkrácení délky kroku, snížení rychlosti chůze, postupně se přidávají poruchy rovnováhy.

Přidružit se mohou deprese a demence s úbytkem intelektových schopností. Velmi časté jsou problémy s komunikací - je ztížena artikulace, řeč je rozmazaná, těžko srozumitelná („skandovaná“). Asi u 20% nemocných se objevuje v pokročilém stadiu demence. Její vznik závisí na rozsahu postižení oblasti mozkové kůry.

Jak je patrné z předchozího, je PN zejména spojena s potížemi v pohybové oblasti. Tyto potíže jsou zjevné a výrazně pozorovatelné, takže se stává, že zastiňují problémy v oblasti **komunikace a řeči.** Řeč pacientů s PN se liší podle stadia onemocnění a podle efektivity medikamentózní léčby. H. Bachurová, B. Housrová (Parkinson, 5/2005) uvádějí, že porucha řeči, která se vyskytuje u PN, je označována jako tzv. získaná dysartrie hypokinetického typu, jejímiž klasickými příznaky jsou chudá mimika, nepřesná a setřelá výslovnost, tichý a monotónní hlas. Řečový projev se buď zpomaluje nebo zrychluje. Před samotnou řečovou produkcí se může vyskytovat počáteční pauza pro svalovou ztuhlost a poté překotný, nepřesný projev s opakováním slabik a slov. Typické jsou krátké mluvní frázování, které souvisí s charakteristicky postiženým dýcháním, se špatným expiračním hospodařením následkem neefektivní práce svalstva. Díky snížené hybnosti laryngeálního svalstva se může objevit dyšný, šelestivý až drsný hlas.

Při rychlém zhoršení symptomů se u osob s PN objevují problémy v polykání. Omezení v pohyblivosti jazyka, rtů, dolní čelisti a měkkého patra se projevuje ve zpomalení a narušení první fáze polykání – orální fáze. R. J. Love, W. G. Webb (2009) uvádějí, že

při orální fázi polykání můžeme pozorovat tzv. *rocking* (houpavý, vlnitý pohyb jazyk, kdy přední část jazyka opakovaně pohybuje soustem v ústech vzhůru a zpět, zatímco zadní část jazyka zůstává zvednutá proti patru, takže brání vstupu sousta do hltanu a tím započetí reflexní reakce polknutí. Přestože toto může trvat i několik sekund, čímž se prodlužuje přípravná a orální fáze polykání. Většina pacientů si tuto abnormalitu vůbec neuvědomuje. Tyto poruchy lze často alespoň po určitou dobu zmírnit, a to různými strategiemi, které mohou zpříjemnit příjem potravy a zabránit tomu, aby v důsledku stresující zkušenosti s polykáním potravu odmítal. Tyto strategie může postiženou osobu i jeho blízké naučit logoped.

Podle M. Kramerové (Parkinson, 30/ 2010) je logopedická péče u osob s PN stejně podstatná jako fyzioterapie, přestože se ještě dostatečně nedostala do podvědomí odborníků a tudíž ani pacientů. Vývoj nemoci trvá měsíce až roky**.** Neléčené onemocnění končí po několika letech celkovou nehybností. Existují již prostředky, jak můžete tuto nemoc výrazně zpomalit a stabilizovat natolik, aby byl postižený člověk schopen žít plnohodnotný život. Vyléčit toto onemocnění v pravém slova smyslu však nelze**.** [online]

V případě pacientů s PN je s velkým efektem uplatňována canisterapie. Pacienti při ní popisují své pocity jako zklidnění, pocit bezpečí, prohřátí organismu, uvolnění vnitřního napětí, zlepšení hybnosti i výslovnosti a tím i možnost lepší komunikace s okolím. Nenahraditelný terapeutický vliv je i v ovlivnění složky psychické a psychosociální, neboť deprese a s tím související ztráta sociálních kontaktů je častou součástí onemocnění (Volšická J., Parkinson, 2004, č. 5).

Pro osoby postižené PN byla založena ***Společnost Parkinson***, jejímž posláním je zlepšovat životní podmínky nemocných parkinsoniků a jejich blízkých. Napomáhat ke zvyšování sebevědomí, vzájemnou pomocí podpořit nemocné a jejich rodiny v životě

s touto i při intenzivní léčbě postupující nemocí. Společnost proto podporuje veškeré projekty, které posilují samostatnost a aktivní stránky života nemocných. Snaží se působit na zlepšení legislativních podmínek. Snaží se přispět v edukaci odborné i laické veřejnosti. Zřizuje kluby parkinsoniků, pořádá rekondiční pobyty, sdružuje pacienty a jejich rodiny, připravuje přednášky, výstavy a benefiční akce, vydává vlastní časopis, provozuje webové stránky. Snaží se prosadit dostupnost všestranné kvalitní péče s cílem co možná nejlepší kvality života nemocných. [online]

2.4 Cévní onemocnění mozku (cévní mozková příhoda)

Podle šetření Světové zdravotnické organizace jsou cévní onemocnění mozku třetí nejčastější příčinou úmrtí, a to po nemocech srdce a zhoubných nádorech.

J. Baštecký, Q. Kümple, M. Vojtěchovský (1994) uvádějí, že 75 % nemocných po prodělané cévní mozkové příhodě (dále jen CMP), není schopných nezávislého způsobu života.

V zemích Evropské unie je ročně diagnostikováno 580 tisíc osob, které prodělaly CMP.

Česká republika patří stále mezi státy s vysokou úmrtností. Z 10-ti milionů obyvatel postihne ročně přibližně 25 tisíc osob. Ve třetině případů se jedná o postižení se smrtelnými následky. V mnoha dalších zůstávají následky na celý život.

Hlavním úkolem musí být prevence – statistiky prokázaly, že úspěšná léčba hypertenze vede k výraznému poklesu morbidity i mortality na cévní onemocnění mozku. Nejvíce ohroženi jsou lidé starší šedesáti let s hypertenzí, onemocněním srdce a periferních cév, diabetici a kuřáci.

Etiologie a patogeneze:

Základním onemocněním jsou změny na mozkových cévách způsobené arteriosklerózou nebo hypertenzí, méně často anomálie mozkových cév aneurismata a arteriovenozní malformace. Při vzniku CMP hrají významnou roli i faktory extracelebrární, často ve vícečetné vzájemné kombinaci. V případě starých lidí jsou hlavní příčinou vzniku ložisková nebo difusní ischémie mozku.

Extracerebrární faktory, které se uplatňují při vzniku cévní mozkové příhody tak jak je uvádí J. Baštecký, Q. Kümple, M. Vojtěchovský (1994) jsou onemocnění srdce, roli zde hraje věk, obezita, dědičné faktory a rizikový životní styl. Nelze podcenit výrazné a náhlé změny hodnot krevního tlaku ve smyslu hypotenze i hypertenze, změny ve složení a objemu krve např. akutní ztráta krve, medikací navozené změny krevní srážlivosti ani metabolické poruchy.

Cévní mozkové příhody rozlišujeme na:

1. CMP ischemickou (ischemií rozumíme místní nedokrvenost tkání nebo orgánů), kdy příčinou je uzávěr tepen, které vyživují mozek. Cévní neprůchodnost může být vyvolána krevní sraženinou nebo vmetkem, vede k přerušení přívodu krve, kyslíku a živin do příslušné části mozku. Zde je porušena funkce mozkových buněk, což má za následek např. poruchu hybnosti, ztrátu citlivosti, afázii. U většiny afázií je porušena jak expresivní

tak i receptivní stránka řeči. Počítačová tomografie umožňuje identifikovat i malé léze v oblasti talamu (část mezimozku, podkorové centrum) vedoucí k afatickým syndromům, to vyvrátilo představu, že pro vznik afázie je nutné poškození mozkové kůry.

2. CMP, důvodem jejíhož vzniku je krvácení.

Mozkové krvácení *intracelebrární* se podílí cca v 10 – 15 % na všech CMP. Nejčastějším zdrojem jsou prasklá mikroaneurismata vzniklá v důsledku hypertenze. Při postižení levé hemisféry u praváků často vzniká afázie. Při postižení hemisféry pravé dochází k různě intenzivně vyjádřenému syndromu opomíjení (neglect) levé poloviny prostoru. Větší krvácení je vždy spojeno s bolestí hlavy, zvracením, somnolencí prohlubují se až do komatu. Intracelebrární krvácení v hloubce mozkových hemisfér a v mozkovém kmeni je v 90 % smrtelné.

Krváceni *subarachnoideální* – 5 -10 % všech CMP. Podráždění mozkových plen vzniklé způsobené průnikem krve do subarachnoideálních prostorů vyvolá silnou bolest hlavy až poruchu vědomí různého stupně, vznikají poruchy chování a amentní stavy (Baštecký, Kümple, Vojtěchovský, 1994).

Následky po CMP jsou přímo úměrné kvalitě a intenzitě léčebné rehabilitace. Na rehabilitaci se podílí tým odborníků. Na základě vyšetření je poskytnuta dle obtíží rehabilitace, fyzioterapie, psychoterapie, EEG – biofeetback, oxygenoterapie, logopedie a skupinová logopedická terapie, která je zaměřena na případné poruchy řeči a nápravu komunikativních dovedností: artikulace, vybavování hlásek a slov, tvorba gramaticky správných vět, slovní pohotovost a plynulost, na celkový projev řeči a pomoc psychologa [online].

Shrnutí:

Demence je syndrom projevující se úbytkem kognitivních funkcí, a to zejména paměti. Rozlišitelné jsou její základní typy a stadia. Nejčastěji se vyskytující demencí je Alzheimerova choroba. Dalším degenerativním onemocněním je Parkinsonova choroba. V případech osob postižených jednou či druhou výše uvedenou chorobou může dojít, kromě jiného, také k narušení komunikační schopnosti. Velkou skupinu osob, u kterých mohou taktéž nastat potíže v komunikaci, jsou lidé po prodělané cévní mozkové příhodě.

3 Narušená komunikační schopnost

3.1 Narušená komunikační schopnost – klasifikace

„Není na tomto světě živé hmoty - života - bez potřeby přijímat a vydávat informace“ (Lejska, 2003, s. 9).

Komunikací se dle M. Lejsky (2003) nazývá celý složitý děj informace ve srozumitelné podobě vydávat, přijímat, dekódovat a porozumět jim. Komunikace slouží k přenosu informací pomocí specifických informačních kanálů – optického, akustického, pachového atd. Jak uvádí J. Klenková (2006), v komunikaci hraje hlavní roli verbální projev, ale podstatnou část sebevyjádření nesou prostředky neverbální komunikace.

Do skupiny **verbální** (slovní) **komunikace** se řadí všechny komunikační procesy, které se realizují za pomoci mluvené nebo psané řeči. Při komunikaci využíváme i mimoslovní prostředky, tedy **neverbální komunikaci** (mimoslovní, neslovní). Ta zahrnuje dorozumívací prostředky neslovní podstaty, je fylogeneticky i ontogeneticky starší, podléhá společenskému kodexu dané společnosti. V oblasti neverbální komunikace lze rozlišit vokální nebo paralingvistické fenomény (kvalita hlasu, způsob mluvení) a nonvokální nebo extralingvistické fenomény (mimika, gestika, haptika, zrakový kontakt). Může být uskutečňována samostatně, zatím co komunikace verbální je vždy doprovázena neverbální.

Komunikace, jak již bylo uvedeno, tedy představuje jednu z nejdůležitějších lidských schopností. K tomu, aby člověk s ostatními lidmi mohl komunikovat, potřebuje tuto schopnost dobře rozvinutou. Narušené komunikační schopnosti se věnuje obor logopedie (Klenková J., 2006).

Dle V. Lechty (2005) je komunikační schopnost člověka **narušená** v případě, že některá rovina jeho jazykového projevu působí rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru. Může jít o různě závažná narušení, mezi něž patří jak špatná výslovnost či koktavost, tak neschopnost artikulovat po cévní mozkové příhodě. Terapie, která musí být podložená důkladnou diagnostikou, se snaží problém odstranit nebo nalézt způsoby kompenzace, neboť řeč člověka začleňuje do společnosti, ovlivňuje prožívání, poznávání a rozumový vývoj.

J. Klenková (2007) uvádí, že narušení komunikační schopnosti může vzniknout na podkladě orgánové nebo funkční příčiny.

V. Lechta (1990, 2003) rozdělil narušenou komunikační schopnost podle symptomu, který je pro to které narušení nejtypičtější. Dělí narušenou komunikační schopnost do 10-ti základních kategorií, tzv. symptomatická klasifikace podle V. Lechty:

1. Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. Narušení zvuku řeči (rinolálie, palatolalie)
5. Narušení plynulosti (fluence) řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. Narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
7. Narušení grafické stránky řeči
8. Symptomatické poruchy řeči
9. Poruchy hlasu
10. Kombinované vady a poruchy

K. Neubauer (2006) uvádí, že osoby trpící náhlými ztrátami schopnosti řečové komunikace jsou často vystaveny nepochopení svého okolí, které tyto poruchy považuje za projevy ztráty inteligenčních či osobnostních schopností. Lidé s komunikačním postižením velmi často poznávají, jakým způsobem vyřazuje člověka ze společnosti ztráta či závažné omezení schopnosti řečové komunikace.

S narušenou komunikační schopností bývají spojena různá onemocnění, některá z nich uvádí R. J. Love, W. G. Webb (2009). Jsou to **vrozená onemocnění** – např. dětská mozková obrna, kongenitální hydrocefalus, Downův syndrom, ADD, ADHD, neurofibromatóza.

Vaskulární onemocnění – mozková embolie či trombóza, subdurální hematom, subarachnoideální krvácení. **Infekce** – encefalitida meningitida. **Traumata** – poranění hlavy a **nádory. Degenerativní onemocnění** – Alzheimerova a Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza. **Metabolická a toxická onemocnění. Nervosvalová onemocnění** např. onemocnění motorického neuronu, svalová dystrofie a **jiná onemocnění (**epilepsie).

Zdravý člověk si stěží dokáže představit následky například při ztrátě hybnosti končetin, při poruchách motoriky těla. Ale většinou si neumí představit ani náznakem, jaké by to bylo, pokud by se nemohl s lidmi ve svém okolí domluvit a vyjádřit své myšlenky. Dle názoru K. Neubauera (2006) si velká část lidí okolo nás ani není vědoma skutečnosti, že mohou existovat taková postižení mozkové tkáně, která stíží až znemožní možnost

řečového kontaktu s okolím, a to při zachovalém vědomí této ztráty, při zoufalé a často marné snaze o kontakt s okolím.

3.2 Afázie

Afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku, a to především v kortikální oblasti, ale i při lézích níže uložených oblastí mozku, spojených s korovými oblastmi participujícími na jazykových procesech. Lze rozlišit různé stupně afázie, kde rozhodujícím faktorem míry afázie je rozsah a lokalizace léze mozku na vyšší nervové funkce člověka. Nejzávažnější afázie vznikají u rozsáhlých lézí zasahujících fronto-temporo-parietální oblasti mozku (Cséfalvay Z., 2007).
Afázie je tedy porucha chápání řeči a vyjadřování způsobená poškozením určitých oblastí mozku. Jedná se o ztrátu již nabyté schopnosti komunikovat. Postihuje zejména dospělou populaci. J. Klenková (2006) uvádí jako nejčastější příčiny vzniku cévní mozkové příhody, nádory a poranění mozku, encefalitidy a meningoencefalitidy, intoxikaci centrální nervové soustavy a její narušení degenerativním onemocněním.

Symptomatika je u afázie velmi variabilní, a to nejen u různých afatiků, ale mění se i u téhož jedince. Mezi symptomy, které lze v různé míře a kvalitě posuzovat u většiny afatiků řadí J. Dvořák (1998) dysfluenci řeči, řečové automatizmy, perseverace, poruchu porozumění řeči, porucha tvorby slov a vět, alexii a agrafii. Je narušena schopnost produkce řeči.

„Příznaky afázie jsou velmi rozmanité a vždy dochází k prolínání celé řady faktorů. Nejpřesněji tuto skutečnost vyjadřuje základní poučka afáziologie: „ Je tolik afázií, kolik je afatiků“ (Lejska M., 2003, s. 109).

Jak uvádí Z. Cséfalvay (2007), co se týká **klasifikace** afázie, je mezi logopedy a lékaři používáno dělení dle ***Bostonské klasifikace*** (viz. tabulka č. 2), které také pomáhá zlepšovat interdisciplinární komunikaci mezi těmito odborníky. Dle J. Klenkové (2006) převládá v Bostonské klasifikaci lingvistický aspekt, nevyšetřuje se gnozie, praxie, pravo-levá orientace ani orientace v prostoru. M. Lejska (2003) uvádí stále uplatňované ***dělení Kimlovo*** na afázii *totální, motorickou a senzorickou.*
Afázie většiny pacientů se dá rozdělit na *fluentní*, kdy je více narušeno porozumění řeči a *nonfluentní*, kdy narušena je především produkce řeči. Poruchy pojmenování jsou přítomny

u každé afázie. Z. Cséfalvay, M. Košťálová, M. Klimešová (2003) charakterizují jednotlivé **typy afázie**:

Brockova afázie je afázií nonfluentní, tempo řeči je výrazně zpomaleno, spontánní řečová produkce je tvořena s námahou, potíže jsou s vyhledáváním slova z mentálního slovníku, nejnápadnějším příznakem je agramatismus. Porozumění je oproti produkci lepší, často se vyskytuje alexie, agrafie a verbální apraxie.

Globální afázie vzniká při rozsáhlých poškozeních dominantní mozkové hemisféry, bývá přítomna v iniciálním stadiu nemoci, po farmakoterapii či spontánně se může zmírnit, někdy zůstává jako trvalý jev. Pacienti perseverují slabiky, opakují neologismy, neefektivní je i snaha o dorozumění se psaním či kresbou. Pacient nereaguje ani na nejjednodušší výzvy. Lexie a grafie jsou výrazně narušeny**.**

Smíšená transkortikální afázie (syndrom izolace řečových zón) vzniká při rozsáhlejších lézích dominantní mozkové hemisféry, klinický obraz je velmi podobný afázii globální. Řeč má echolalický ráz, často se vyskytují řečové perseverace, narušeno je pojmenování.

Transkortikální motorická afázie – řeč má echolalický charakter, schopnost reprodukce slova i kratší věty je více zachována nežli spontánní řeč nebo pojmenování.

Transkortikální senzorická afázie vzniká při lézích zadních oblastí temporálního laloku, je označována také jako „asémantická afázie“- lexikální informace obcházejí sémantický systém. Pacienti jsou schopni reprodukovat i delší věty aniž by porozuměli významu. Psaní je výrazně narušeno. Čtení izolovaných slov může být nenarušeno, výrazně narušeno je čtení s porozuměním.

Wernickeho afázie vzniká při lézi temporálního laloku, spontánní řečová produkce je výrazně zrychlena, vyskytují se neologismy a parafrázie, schopnost produkovat slova je narušena. Impresivní složka řeči a čtení jsou těžce narušeny. Psaní je zachováno pouze formálně.

Anomická (amnestická) afázie – spontánní řeč může být zcela fluentní, přerušená tzv. anomickou pauzou (pacient si nemůže vybavit dané slovo) nebo cirkumlokucí (=snaha popsat slovo). Opakování není narušeno. Impresivní složka řeči a čtení narušeny nejsou.

Konduktivní afázie – řeč je fluentní, výrazně se zhoršuje při soustředění se na svůj projev, opakování je horší než spontánní řeč, impresivní složka je nenarušena. Čtení s porozuměním je zachováno, pokud pacienti čtou potichu.

Klinický syndrom afázie	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování	Pojmenování
Brockova	Nonfluentní, agramatická, parafrázie	Lehké až těžké poruchy	Narušeno	Narušeno
Globální	Absentuje řečová stereotypie	Těžce narušeno	Těžce narušeno	Těžce narušeno
Transkortikální motorická	Nonfluentní echolalická	Lehké až středně těžké poruchy	Nenarušeno případně lehce narušeno	Narušeno
Smíšená transkortikální	Nonfluentní řečové stereotypie	Těžce narušeno	Zachováno, mírně narušeno	Narušeno
Wernickeho	Fluentní parafrázie, neologismy	Těžce narušeno	Narušeno	Narušeno
Konduktivní	fluentní	Lehce narušeno	Výrazně narušeno, fonemická parafrázie	Lehce narušeno
Amnestická	Fluentní anomické pauzy	Lehce narušeno	Zachováno	Narušeno

Tabulka č. 2: Bostonská klasifikace: základní charakteristika klinických syndromů afázie (Cséfalvay Z., 2007, s. 18)

Logopedická **diagnostika** afázie je zaměřena na zhodnocení poruchy komunikačního procesu a stanovení stupně poruchy ve vztahu k praktické realizaci sociálního kontaktu s okolím. Propojuje diagnostický a terapeutický proces tím, že slouží ke stanovení plánu přiměřené logopedické intervence (Neubauer K., 2007).

V posledních letech je v **terapii** afázie velmi výrazný posun ke skupinové terapii, a to i přesto, že dříve převládala forma terapie individuální. Nácvik modelových situací probíhá kolektivní formou, jejímž cílem je správná artikulace, vybavování hlásek a slov, tvorba gramaticky správných vět, slovní pohotovost, plynulost a celkový projev řeči. Z. Cséfalvay (2005)[6] uvádí tato pozitiva skupinové terapie afázie: přirozeným způsobem stimuluje interakci mezi členy skupiny, iniciuje komunikaci. Dále nabízí širší okruh komunikačních partnerů a přirozené komunikační akty. Posiluje, přímo i nepřímo, psychosociální integraci tím, že nabízí podpůrné prostředí, v němž je výrazně posilována komunikace. Právě

[6]CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie.* In LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti.* 1. vyd. Praha: Portál 2005. 392 s. ISBN 80-7178-961-5

znemožnění komunikace, málo příležitostí ke komunikaci a minimum komunikačních partnerů mohou vést u člověka postiženého afázií k sociální izolaci tak, jak znázorňují schémata Z. Cséfalvaye (2007) uvedená v příloze č. 5 a 6.

3.3 Dysartrie, dysfagie

Dysartrie

Neubauer (2005) uvádí, že intaktní řečový projev člověka je spojen se složitou strukturou koordinovaných kontrakcí svalů v oblasti rtů, čelisti, jazyka, měkkého patra, hrtanu a dýchacích svalů. Činnost těchto svalů je umožněna a kontrolována činností centrálního nervového systému, a to především aktivitou motorických okrsků mozkové kůry a nervovými drahami, extrapyramidovým systémem a mozkovými nervy. Poruchy centrálního motoneuronu v oblasti mozku jsou příčinou vzniku tzv. neurogenních motorických poruch řeči, mezi které je řazena i dysartrie.

Faktorem, který je rozhodující pro vnímání závažnosti řečové poruchy je přítomnost obtíží v kontaktu s okolím u osoby, která má sníženou srozumitelnost mluvy či nesrozumitelný řečový projev.

R. J. Love, W. G. Webb (2009) definují dysartrii jako poruchu, která vzniká v důsledku ochrnutí, slabosti nebo poruchy koordinace svalstva podílejícího se na tvorbě řeči a je neurologického původu.

Dysartrie, tak jak ji definuje J. Klenková (2006), je porucha motorické realizace řeči jako celku, vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy. Je nejtypičtějším narušením komunikační schopnosti související s poruchou artikulace. Je to složité postižení všech řečových komponent, respirace, fonace, artikulace, prozodických faktorů. Nejtěžší stupeň dysartrické poruch se projevuje neschopností verbálně komunikovat (anartrie). Je to složité postižení všech řečových komponent, respirace, fonace, artikulace, prozodických faktorů.

J. Klenková (2006) dále uvádí, že dysartrie a anartrie mohou vzniknout v kterémkoli období života člověka. V pozdějším věku jsou hlavními příčinami cévní mozkové příhody, zánětlivá onemocnění mozku, degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, Parkinsonova choroba nebo toxická poškození. Dochází k narušení

drah spojujících korové oblasti s mozkovým kmenem. V případě dysartrie bývá poškozen V., VII., IX., X., XII. hlavový nerv.

Dysartrii je možno rozdělit na vývojovou a získanou. Vývojová dysartrie vzniká na základě vrozené léze nervové soustavy, nejčastěji v rámci syndromu dětské mozkové obrny (infantilní cerebrální parézy – ICP).

Jednotlivé typy vývojové dysartrie tak jak je uvádí Neubauer (2005):

- Spastický typ (pyramidová dysartrie) – vzniká při poruše centrálního mozkového
- neuronu, je součástí spastické formy dětské mozkové obrny.
- Atetoidní, hyperkinetický, hypokinetický typ (extrapyramidová dysartrie)
- Ataktický typ (cerebrální dysartrie) – bývá způsoben poškozením mozečku a jeho drah.
- Bulbární typ – vzniká při poškození motorických jader prodloužené míchy a hlavových nervůinervujících řečové orgány.
- Smíšený typ- je kombinací projevů všech typů vývojových dysartrií.

J. Klenková (2006) uvádí příčiny způsobující dysartrii v pozdějším věku, mezi které jsou řazeny cévní a zánětlivá onemocnění mozku, nádory, metastázy, úrazy hlavy, degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, toxické poškození centrálního nervového systému.

Získaná dysartrie – ke které může dojít z různých příčin, kdykoliv v průběhu života.

Typy získané dysartrie uvádí K. Neubauer (2007):

- Dysartrie flakcidní či periferní (chabá) – častým příznakem je porušené dýchánís hypernazalitou a dysfagií.
- Dysartrie spastická či centrální – řečový projev je pomalý, pracný, s protahováním slov a nesrozumitelností dalšího projevu. Hlavní příčinou jsou zejména cévní mozková onemocnění.
- Dysartrie ataktická či cerebrální (mozečková)- řečový projev je nepravidelný, mluva skandovaná, vyskytují se obtíže v rytmu mluvy, nepřesná realizace především souhlásek. Dysartrie (extrapyramidová) hypokinetická – často je

přítomen klidový třes a ztráta pohybových automatismů, řeč je monotónní, hlas je oslaben až do afonie, mluva se zpomaluje nebo naopak zrychluje. Nejčastější příčinou je Parkinsonova choroba.

- Dysartrie (extrapyramidová) hyperkinetická – svalový tonus je snížen, mimovolní hybnost svalových skupin je zvýšena. Řeč je hlasitá, vykřikovaná, projevuje se dyskoordinace s dýchacími pohyby, tempo je kolísavé, řečový projev až nesrozumitelný.
- Dysartrie smíšená – vzniká kombinací více lézí centrálního nervového systému nebo při degenerativních onemocněních.

Logopedická diagnostika dysartrie navazuje na neurologické vyšetření a její snahou je definovat poruchy, jejich závažnost a dopad na komunikační schopnosti osoby.

Na základě diagnostiky vytvořený individuální plán terapie je zaměřený na stimulaci všech řečových motorických modalit, s převahou stimulace oblasti, u které je obnova funkce pro změnu stavu řečové komunikace zásadní.

V případě dospělých osob a osob ve stáří navazuje logopedická diagnostika na neurologické vyšetření. Hlavním cílem je definovat řečové motorické modality odpovědné za snížení či ztrátu srozumitelnosti řečového projevu pro sociální okolí. K diagnostice dospělých osob je vytvořen Test 3F – dysartrický profil, jehož pomocí jsou diagnostikovány následující modality: respirace, fonace, faciokinéze, reflexní činnosti spjaté s polykáním, artikulace, srozumitelnost četby a mluvy, tempo a prozódie řeči. Test umožňuje identifikovat i zachovalé schopnosti (Neubauer K., 2003)7.

Terapeutický proces by měl být zahájen neodkladně po odeznění komplikací ohrožujících život. K. Neubauer (2007) shrnuje metody a prostředky logopedické terapie u osob s dysartrií do šesti okruhů. Je to užití metod navozujících svalovou relaxaci, cvičení respirační, fonační, artikulační a rezonanční pro obnovu motorických řečových schopností. Dále využití přístrojových pomůcek a využití neverbální komunikace a komunikačních pomůcek u těžkých přetrvávajících poruch komunikace s okolím. Rytmizační a intonační postupy a skupinové postupy zaměřené na sociální skupinovou interakci – postupy

[7]NEUBAUER, Karel. *Dysartrie.* In**.** ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. Vyd. Praha: Portál 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6

zaměřené na sociální skupinu slouží k přechodu z terapie individuální do spontánního řečového projevu.

Dysfagie

Dysfagie neboli porucha polykání je častou komplikací, kterou trpí osoby se získanou dysartrií a osoby s projevenou demencí, neboť léze nervové soustavy zasahuje i vitální funkce orofaciálního traktu člověka, kterými jsou respirace a příjem stravy. Při dysfagii je ztížen nebo znemožněn příjem stravy a tekutin. Porucha může být v závažnějších případech život ohrožující komplikací, neboť je zde nebezpečí aspirace stravy a tekutin do dýchacího ústrojí.

Nejčastěji uváděné příčiny jsou Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, poúrazové stavy a cévní mozkové příhody, nádorová a zánětlivá onemocnění, onemocnění jícnu, psychosomatická onemocnění (Neubauer K., 2005).

Dle J. Kaulfussové (2003)[8] normální **průběh aktu polykání** zabezpečuje a koordinuje šest hlavových nervů. Polykání lze rozdělit z hlediska vůle na fázi vědomou a nevědomou a z hlediska posunu sousta na fázi *přípravnou,* jejíž trvání je individuální a probíhá vědomě. *Orální,* jejíž část probíhá vědomě, část nevědomě, kdy po spuštění tzv.tigger mechanismu se spouští polykací reflex a polykání probíhá bez vlivu naší vůle. Dále fázi *faryngeální*, která začíná po spuštění polykacího reflexu a není pod volní kontrolou, trvá zpravidla jednu sekundu. A závěrečnou fázi *ezofaryngeální,* trvá 4-8 sekund, má reflexní průběh.

Terapeutická péče o osoby s dysfagií byla dle K. Neubauera (2005) dlouhodobě opomíjena a posun k jejímu zařazení do systému logopedické péče nastal teprve v posledních letech. Efektivní a bezpečná práce s osobami s poruchou polykání musí vycházet z určitých předpokladů. Zahájení cílené terapie je možné jen ve spolupráci se zdravotnickým týmem a terapeut musí být v této problematice speciálně vyškolen. Terapeutické strategie podle způsobu provedení u dysfagie dělí J. Kaulfussová (2003)[9] na postupy *aktivní* – procvičováni orofaciálního svalstva, cvičení na zlepšení pohyblivosti rtů,

[8]KAULFUSSOVÁ, Jitka. *Dysfagie***.** In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie***.** 1. vyd. Praha: Portál 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6
[9] Tamtéž

spodní čelisti, jazyka, patra; *pasivní* – stimulační techniky podle Bobatových, orofaciálně regulační postup podle Castillo Morales, proprioceptivní neuromusculární facilitace podle Kabata*, tepelnou, taktilní a chuťovou stimulaci.*

3.4 Logopedická intervence u osob s narušenou komunikační schopností ve stáří

„Cílovou skupinou logopedické intervence nejsou jen děti, ale i dospívající, dospělí a lidé ve stáří, u nichž se vyskytuje narušená komunikační schopnost" (Klenková J., 2006, s. 212).

J. Klenková (2006) dále uvádí, že v České republice zabezpečují logopedickou péči tři rezorty. Péči o osoby s narušenou komunikační schopností v dospělosti a ve stáří zajišťují logopedická pracoviště rezortu ministerstva zdravotnictví a rezortu ministerstva práce a sociálních věcí. Logopedická péče je realizována v zařízeních státních, nestátních a soukromých. Úkolem logopedické intervence je rozvoj a maximalizace komunikačního potenciálu.

Logopedická terapie využívá individuálních a skupinových forem práce. Tím je umožněn individuální trénink i využití získaných schopností v komunikaci ve skupině.
Individuální terapie zahrnuje standardní přístupy logopedické péče, je základem většiny terapeutických programů. Cílem terapeutického programu u osob ve stáří je především v závislosti na druhu a stupni poruchy ***obnova*** porušených funkcí (u afázie) a ***stabilizace*** projevů poruchy (u degenerativních onemocnění CNS s poruchami řečové komunikace).

Na *individuální program* je vhodné navázat skupinovou terapií, což bývá většinou obtížným úkolem (Neubauer K., 2003)[10].
Propojení individuálních a skupinových terapeutických aktivit bývá výzvou ke zlepšení komplexnosti péče o osoby trpící projevy poruchy řečové komunikace.

Skupinová sezení podle K. Neubauera (2007), většinou ve skupině 4-6 osob, kde interakční projevy v navozené sociální situaci slouží k uplatnění a upevnění získaných dovedností a komunikačních kompetencí, jelikož vztahy a interakce jsou jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Terapeut musí facilitovat každou snahu osoby o komunikaci. Sezení jsou určena pro dospělé a stárnoucí osoby se všemi typy poruch řeči,

[10] NEUBAUER, Karel. ***Logopedická péče o dospělé osoby s poruchou řečové komunikace.*** In**.** ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. ***Klinická logopedie*****.** 1. vyd. Praha: Portál 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6

kdy je třeba stále procvičovat hybnost jazyka, mimických svalů, nácvik tempa a melodie řeči a dechové stereotypy. Náplní skupinových cvičení jsou techniky procvičování koordinace rtů, jazyka, čelisti. Nácvik pohyblivosti tvrdého a měkkého patra, správné artikulace a správného dechového stereotypu.

Konzultační a poradenská činnost je také dle K. Neubauera (2003)[11] důležitou formou logopedické terapie. Zahrnuje práci s rodinnými příslušníky, ošetřujícím personálem.
Je v přímé návaznosti na logopedickou péči. Dále uvádí, že **terapie** většiny poruch komunikace je dlouhodobou záležitostí, která se neobejde bez spolupráce rodiny a okolí. Intenzivní a odborně vedená logopedická péče je o osoby s narušením komunikační schopnosti klíčová, ať již v prostředí rodinném nebo institucionálním. Pro efektivní výsledky terapie jsou klíčové některé momenty spolupráce rodiny či ošetřujícího personálu, a to snaha zajistit osobě s komunikačními obtížemi adekvátní péči, motivovat k terapii, připomínat její důležitost. Nepřirovnávat terapeutické úkoly ke školní výuce, v institucionální péči dodržovat terapeutická doporučení, zainteresovat ošetřující personál, aktivně pomáhat, terapeutická cvičení zapisovat do záznamníku. Vytvořit motivující a intimní prostředí. Znalost zásad komunikování s osobami ve stáří s narušením komunikační schopnosti přispívá k nalezení nejvhodnějších cest k maximální možné úrovni komunikace postižených osob. Logoped by měl tyto zásady znát, využívat je a především předávat těm, kteří jsou v pravidelném kontaktu s člověkem trpícím poruchou komunikačních schopností. Snaha porozumět projevům člověka, využít závěry logopedické diagnostiky a poradenství může v kontaktu s takto postiženou osobou napomoci k dosažení maximálně možného úspěchu v komunikaci.

K. Neubauer (2007) shrnuje několik zásad, které se v klinické terapeutické praxi ukázaly jako zásadní pro pochopení obtížné situace člověka, který náhle nerozumí, nerozumí mu jeho okolí, který chce okolí sdělit své myšlenky a přání. **U osob s dysartrií** v případě nesrozumitelné či špatně srozumitelné mluvy nepředstírat, že rozumíme, tito lidé to většinou poznají. Být tolerantní k omezení a pomalosti mluvy. Motivovat postiženého ke krátkým, jasným formulacím. Sledovat ústa mluvícího, dát najevo snahu rozumět. Opakovat rozuměnou část sdělení, napovědět další slovo. Je- li člověk schopen psát, využít písmo. **U osoby s afázií** v případě poruch rozumění řeči nebo schopnosti dorozumět se artikulovanou řečí odstranit rušivé zvukové podněty. Mluvit pomaleji, výrazněji, oddělovat slova a podpořit je pomalou jasnou gestikulací. Mluvit konkrétně v krátkých větách, bez

[11] Tamtéž

abstraktních pojmů. Opakovat pomalu sdělení, nezvyšovat hlas, nekřičet. Neopravovat gramaticky chybné tvary, nehodnotit projev člověka s afázií. Využívat otázky s odpovědí ano-ne. Řekne-li osoba s afázií slovo, neznamená to, že je dokáže vyslovit vždy. Na stejný podnět si může vybavit jiný obrat nebo se odpověď nezdaří vůbec. Přesvědčit se, zda osoba s afázií rozumí. Mít trpělivost se snahou dokončit sdělení, snažit se pomoci (nabídnout slovní nebo větný tvar, který by mohl vyjadřovat to, co chce sdělit). U těžkých poruch může mít člověk potíže rozumět a nemusí být schopen artikulované mluvy, přesto se vyhýbat infantilismu, nemluvit za něj, o něm – řeč se zde nerovná myšlení. **U osob trpících syndromem demence** při poruchách paměti, úsudku, orientace a dalších kognitivních schopností odstranit rušivé zvuky. Konverzovat pouze s jednou osobou. Navázat oční kontakt, klidný vstřícný výraz tváře. Mluvit jasně, v krátkých větách, pomalu. Užívat uzavřené otázky typu ano-ne. Udržovat strukturu denního režimu. Mluvit jako s dospělým člověkem.

Lze konstatovat, že snížení výkonnosti kognitivních a duševních schopností stárnoucích osob způsobuje nejen zhoršování komunikačních schopností u části této populace, ale především i zvýšené riziko vzniku závažných poruch řečové komunikace na základě traumatu centrální nervové soustavy, vzniku duševních onemocnění a zejména možného rozvoje syndromu demence. Dle K. Neubauera (2003)[12] počet stárnoucích osob ohrožených a trpících syndromem demence, spojeným s porušenou schopností řečové komunikace vzrůstá v populaci vyspělých států tempem často nazývaným „tichou epidemií“. Proto je rozvoj péče o stárnoucí osoby pro všechny humanitní obory, včetně logopedie, jednou z nejzávažnějších výzev tohoto tisíciletí.

Shrnutí:

Komunikační schopnost představuje jednu z nejdůležitějších schopností člověka. Na podkladě orgánové nebo funkční poruchy může dojít k jejímu narušení. K nejčastějším získaným narušením komunikační schopnosti u seniorů je řazena afázie, dysartrie a porucha polykání dysfagie. Logopedická péče u těchto osob je zajištěna v rámci resortu zdravotnictví a resortu ministerstva práce a sociálních věcí. Úkolem logopedické intervence je rozvoj a maximalizace komunikačních schopností.

[12]NEUBAUER, Karel. ***Logopedická péče o dospělé osoby s poruchou řečové komunikace.*** In**.** ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. ***Klinická logopedie***. 1. vyd**.** Praha: Portál 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6

4 Logopedická intervence u seniorů rezidenčním prostředí

4.1 Cíl výzkumu, metodologie

Výzkumný projekt diplomové práce, navazuje na její část teoretickou a zabývá se problematikou poskytování logopedické intervence u geriatrických osob žijících v rezidenčním prostředí domovů pro seniory.

Jelikož populace stárne a lidé se dožívají v průměru vyššího věku, lze předpokládat, že i osob s poruchami komunikace bude stále přibývat. Tento fakt mě vedl k zaměření vlastního výzkumného šetření právě na tuto oblast.

Pro vlastní šetření jsem zvolila kvantitativní výzkum, proveden metodu teoretické analýzy - dotazníkovou formou, kdy zjišťujeme odpovědi reprezentativního vzorku populace. O daném tématu jsou již určité informace a předpokládá se aplikace teorie na konkrétní problém. Výhodou dotazníkového šetření je také to, že nemusí být vykonáván pouze osobně, ale i telefonicky, písemně nebo elektronickou cestou. Tuto metodu jsem zvolila proto, že poskytuje možnost získat větší množství dat a údajů. Prostřednictvím dotazníku jsem mohla kontaktovat více poskytovatelů sociálních služeb ve **třech krajích České republiky**, a to v kraji **Jihočeském, Jihomoravském a Zlínském.** Informace získané dotazníkovou metodou lze dobře zpracovat a poskytují obraz o postojích respondentů ke zkoumané problematice.

Hlavním cílem výzkumného projektu diplomové práce je zjistit, zda je uskutečňována logopedická péče u seniorů, u nichž došlo k narušení komunikační schopnosti (NKS) při diagnóze Alzheimerova choroba (ACH), Parkinsonova choroba (PCH) a po prodělání cévní mozkové příhody (CMP) žijících v rezidenčním prostředí, konkrétně v domovech pro seniory. Vedle hlavního cíle výzkumu byly vytyčeny i dílčí cíle.

Dílčími cíli výzkumné části diplomové by mělo být zjištění:

- jakým způsobem je logopedická intervence organizována;
- důvody, pro které není logopedická intervence seniorům s narušenou komunikační schopností poskytována;
- jak je logopedická intervence hodnocena;
- jaké spektrum terapií je seniorům žijícím v domovech pro seniory, k dispozici;
- která z prováděných terapií je, dle názoru respondentů, nejefektivnější pro obnovu a podporu komunikační schopnosti, došlo-li k jejímu narušení.

Výzkum samotný proběhl v následujících krocích – navázání kontaktu s respondenty, spolupráce s respondenty, zpracování získaných dat, vyhodnocení. Výzkumné otázky byly rozděleny na otázky **dichotomické**, otázky **uzavřené** – zjištění skutečností, předkládají respondentovi hotové alternativní odpovědi, ze kterých si musí vybrat vhodnou odpověď nebo více odpovědí, otázky **otevřené** – pro volné vyjádření postoje respondentů k dané problematice, dávají možnost volnosti při vytváření odpovědi, neomezují respondenta. **Polouzavřené** otázky dávají na výběr alternativní odpověď a také žádají vysvětlení v podobě otevřené otázky.

Otázky jsem volila tak, aby byly jednoduché, konkrétní, nebyly dvojité nebo sugestivní, a aby nedocházelo ke vzniku sociální žádoucnosti odpovědi. Nebyly užity odborné termíny, zkratky a pojmy z odborné literatury, jejichž neznalost respondenty by mohlo ovlivnit validitu dotazníku. **Časový harmonogram** výzkumného šetření:

-příprava výzkumu – 8- 9/2010;

-vlastní výzkum – 10/2010 - 12/2010;

-zpracování výsledků – 1-3/2011.

Celkem bylo osloveno a požádáno o spolupráci na výzkumném šetření 93 poskytovatelů sociálních služeb, jenž poskytují služby seniorům a rozesláno 93 dotazníků:

-v **Jihočeském kraji (Jčk)** byl rozesláno 22 dotazníků, vrátilo se 19, což je 86,3 %;

- v **Jihomoravském kraji (Jmk)** bylo rozesláno 37 dotazníků, vrátilo se 31, což činí 83,7%;

- v kraji **Zlínském (Zlk)** byly rozeslány 34 dotazníky, vrátilo se jich 28, tedy 82,3%.

Návratnost, tak jak ji definuje P. Gavora (2000) je poměr mezi počtem odeslaných dotazníků k počtu vyplněných a vrácených dotazníků, byla v každém z uvedených krajů více než 80 % Z celkového počtu dotazovaných jsem v konečné fázi získala celkem **78** vyplněných dotazníků. **Celková návratnost je tedy 83.8 %**

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

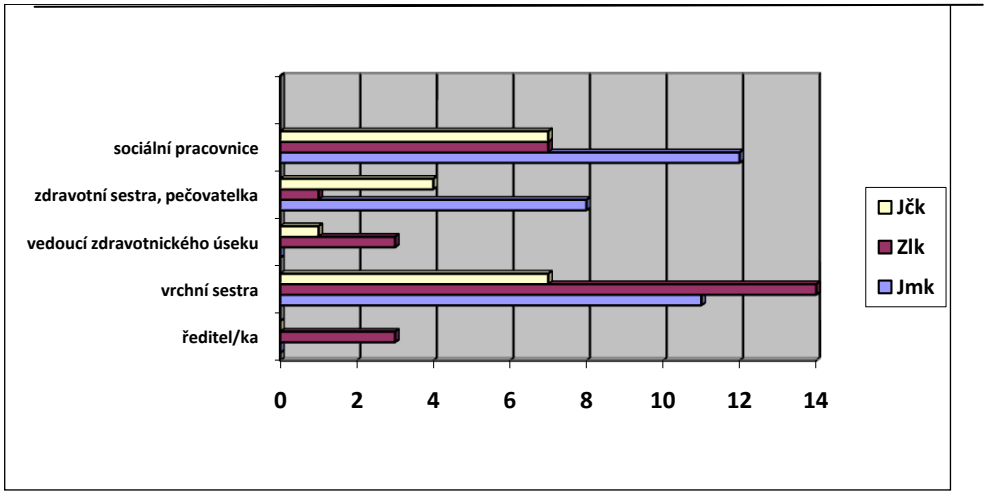
Výzkumným vzorkem byli senioři, u nichž došlo k narušení komunikační schopnosti při diagnóze Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba a po prodělání cévní mozkové příhody žijících v domovech pro seniory.

Výzkumné šetření jsem provedla díky spolupráci s pracovníky na vybraných pracovištích zajišťujících péči o tyto osoby. Kraje na území České republiky, ve kterých proběhlo výzkumné šetření byly vybrány náhodným výběrem. K výběru poskytovatelů sociálních služeb jsem využila katalogy poskytovatelů sociálních služeb a rejstřík poskytovatelů sociálních služeb přístupný na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Všichni poskytovatelé byli kontaktováni telefonicky a teprve následně, po telefonické domluvě, byl těm, jenž byli ochotni spolupracovat zaslán poštou či elektronickou formou dotazník se slovním doprovodem. Jednalo se o domovy pro seniory běžného typu nebo domovy se zvláštním režimem, jejichž cílovou skupinou jsou uživatelé s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence. Respondenti byli seznámeni s tím, že šetření je zcela anonymní a výsledky se žádným způsobem nedotknou jednotlivých poskytovatelů.

První otázka výzkumného šetření byla zaměřena na zjištění pracovních pozic a délky praxe respondentů, kteří souhlasili a zapojili se do výzkumného projektu.
Celkový počet odpovídajících respondentů je 78.

Pracovní zařazení	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
ředitel/ka	0	0	3	3	3,8
vrch. sestra	11	14	7	32	**41**
ved. zdrav. úseku	0	3	1	4	5,1
zdrav.sestra/pečovatelka	8	1	4	13	16,6
soc. pracovnice	12	7	7	26	33

Tabulka č. 3: Pracovní pozice

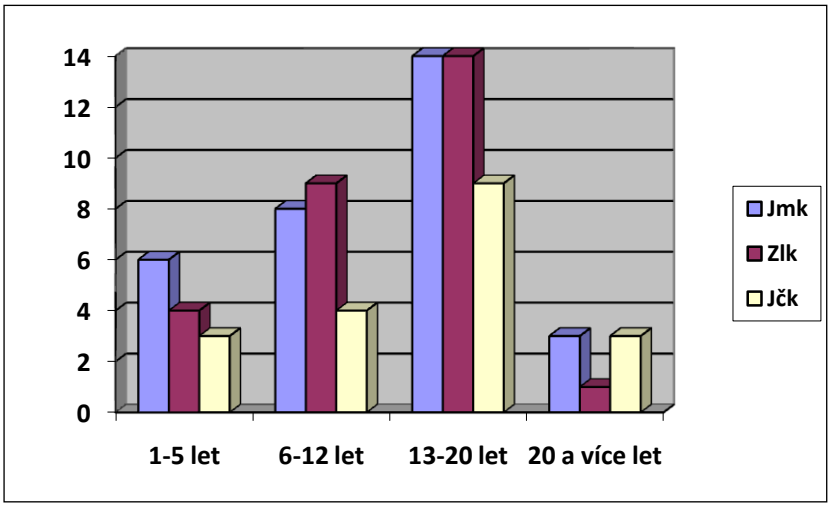


Graf č. 1: Pracovní pozice

V případě otázky na pracovní pozice a délku praxe v Jmk a Zlk odpovídaly nejvíce vrchní sestry. V Jčk vrchní sestry a sociální pracovnice, dále zdravotní sestry a pečovatelky, vedoucí zdravotnických úseků a ředitelé zařízení. Z celkového počtu 78 respondentů bylo tedy 32 (tj. 41 %) vrchních sester, 26 (tj. 33 %) sociálních pracovnic. Dále 13 (tj. 16.6 %) zdrav.sester/pečovatelek, 4 (tj. 5.1%) vedoucích zdravotnického úseku a 3 (tj. 3.8 %) ředitelé domovů pro seniory, tak jak je uvedeno v tabulce č. 3 a grafu č. 1.

Délka praxe	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
1- 5 let	6	4	3	13	16,6
6 -12 let	8	9	4	21	26,9
13 - 20let	14	14	9	37	**47,4**
20 a více let	3	1	3	7	14,2

Tabulka č. 4: Délka praxe



Graf č. 2: Délka praxe

V případě délky praxe mají nejčastěji respondenti 13 – 20 let praxe (37 ze všech tří krajů, což je 47,4 %), 26,9 % je těch, kteří mají 6 – 12 let praxe, dále 1- 5 let a nejméně respondentů má 20 a více let praxe (tabulka č. 4, graf č. 2). Lze konstatovat, že odpovídající zaměstnanci mají dostatek zkušeností s péčí o osoby v seniorském věku (tabulka č. 4, graf č. 2).

4.3 Vlastní šetření

Dotazník k vlastnímu výzkumnému šetření, tak jak je uveden v příloze č. 7, měl celkem **28 otázek.** Při zpracování jsem jednotlivé otázky hodnotila každou zvlášť, každé odpovědi byl přiřazen bod, body byly sečteny a vše bylo zpracováno do jednotlivých grafů a tabulek.

V případě otázek otevřených byly odpovědi rozděleny do kategorií, do kterých byly postupně řazeny jednotlivé odpovědi, taktéž zpracovány do grafů a tabulek s počtem získaných odpovědí a procentuálním vyjádřením, na jejichž základě byly vyvozeny závěry.

Otázka č. 1: Pracovní pozice a délka praxe respondentů v práci se seniory

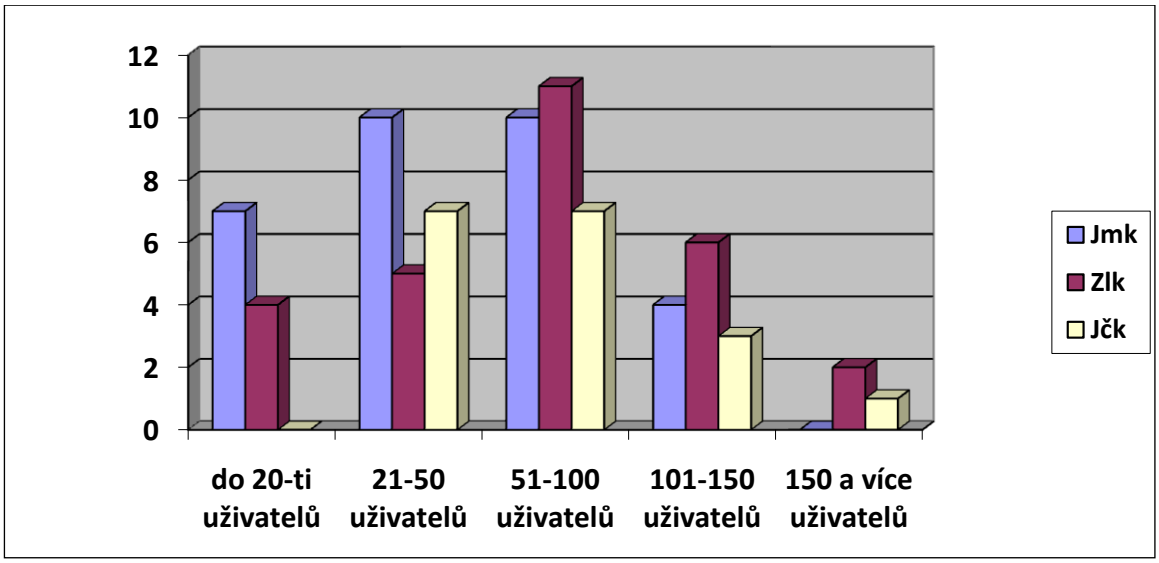
První otázka celého dotazníku byla zaměřena na zjištění pracovních pozic a délky praxe respondentů, kteří souhlasili a zapojili se do výzkumného projektu. Celkový počet odpovídajících respondentů je 78. Výsledky šetření jsou již uvedeny v textu výše.

Otázka č. 2: Kapacita zařízení

V případě této otázky měli dotazovaní respondenti (celkový počet 78) napsat jaká je kapacita domova pro seniory.

kapacita	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
Do 20-ti	7	4	0	11	14,1
21-50	10	5	7	22	28,2
51-100	10	11	7	28	**35,8**
101-150	4	6	3	13	16,6
151 a více	0	2	1	3	3,8

Tabulka č. 5: Kapacita zařízení



Graf č. 4: Kapacita zařízení

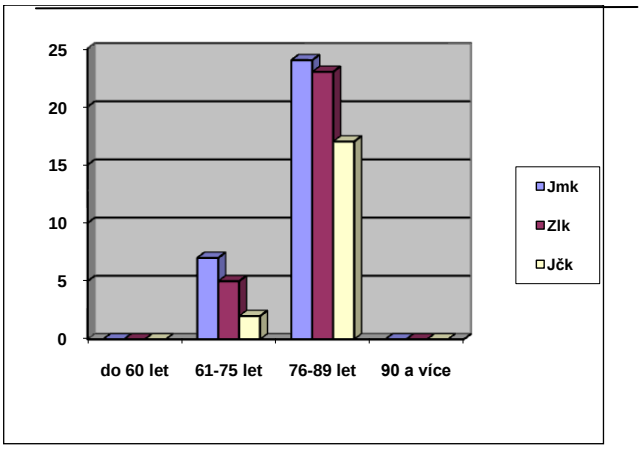
Nejvíce tj. 28 (tj. 35,8 %) poskytovatelů sociálních služeb zapojených do výzkumného šetření uvádí kapacitu 51 – 100 uživatelů. Kapacitu 21 – 50 osob uvádí 22 respondentů (tj. 28,2 %). Kapacitu domova pro seniory 101 – 150 uživatelů uvádí 13 (tj. 16,6 %) a do 20 uživatelů uvádí 11 (tj. 14,1 %) odpovídajících. Nejméně bylo zastoupeno domovů pro seniory s kapacitou 150 a více uživatelů, a to pouze v 11-ti případech (tj. 3.8 %). (tabulka č. 5, graf č. 3)

Otázka č. 3: Věkové kategorie

Zde byli respondenti (celkový počet 78) dotazováni, která věková kategorie seniorů je v domovech pro seniory zapojených do výzkumného šetření nejvíce zastoupena.

Věk	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
do 60-ti let	0	0	0	0	0
61 – 75 let	7	5	2	14	17,9
76 – 89 let	24	23	17	64	**82**
90 a více let	0	0	0	0	0

Tabulka č. 6: Věkové kategorie



Graf č. 5: Věkové kategorie

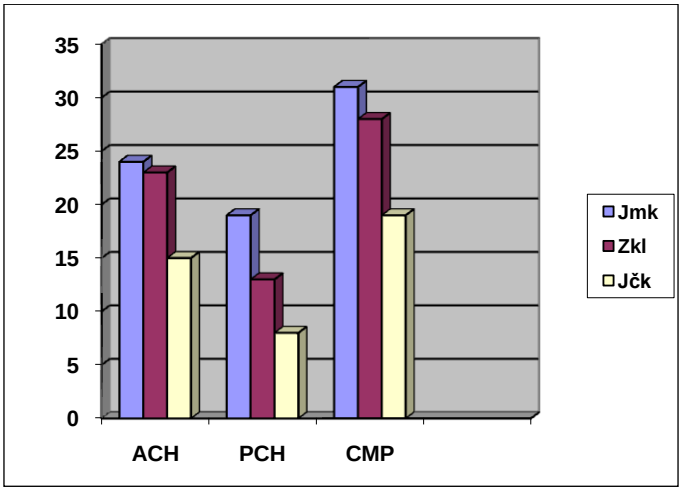
Z výsledků vyplývá, že v domovech pro seniory je nejvíce zastoupena věková kategorie 76 – 89 let, jak bylo uvedeno 64 respondenty (tj. 82 %). Dále 14 oslovených (tj. 17,9%) uvedlo věkovou kategorii 61 – 75 let. Žádný z dotazovaných neuvedl věkovou kategorii do 60 a nad 90 let (tabulka č. 6, graf č. 5).

<u>Otázka č. 4:</u> Senioři s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence

Zde byli respondenti (celkový počet 78) dotazováni, zda v domovech pro seniory, ve kterých probíhalo výzkumné šetření, žijí senioři s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence.

ACH/demence	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
ano	23	24	15	62	**79,4**
ne	7	5	4	16	20.5

Tabulka č. 7: Senioři s dg. ACH/demence



Graf č. 6: Senioři s dg. ACH/demence, PCH, po CMP

Z odpovědí vyplynulo, že v 62 (tj. 79,4 %) dotazovaných domovech pro seniory žijí senioři a Alzheimerovou chorobou nebo diagnostikovaným jiným typem demence. Pouze v16 případech (tj. 20.5 %) respondenti odpověděli „**ne“,** což znamená, že pouze v 16 oslovených domovech pro seniory nežijí osoby s Alzheimerovou chorobou ani s žádným jiným typem demence (tabulka č. 7, graf č. 6).

<u>Otázka č. 5:</u> Senioři s Parkinsonovou chorobou

Stejným způsobem jako u předchozí otázky měli respondenti, v celkovém počtu 78, odpovědět, zda žijí v domovech pro seniory, ve kterých je prováděno výzkumné šetření, senioři s diagnostikovanou Parkinsonovou chorobou.

PCH	Jm	Zlk	Jčk	celkem	%
ano	9	13	8	40	**51,2**
ne	12	15	11	38	48,7

Tabulka č. 8: Senioři s dg. PCH

Respondenti uvedli „**ano“** ve 40 případech (tj. 51.2 %). Ve 38 případech (tj. 48,7 %) byla odpověď respondentů negativní (tabulka č. 8, graf č. 6).

<u>Otázka č. 6:</u> Senioři po cévní mozkové příhodě

Zde měli respondenti (celkový počet 78) odpovědět, zda žijí v jejich domově pro seniory také senioři, po cévní mozkové příhodě.

CMP	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
ano	31	24	19	78	**100**
ne	0	0	0	0	0

Tabulka č. 9: Senioři po CMP

Osoby po cévní mozkové příhodě, žijí ve všech oslovených domovech pro seniory. Kladně odpovědělo všech 78 dotazovaných, tj. 100 % (tabulka č. 9, graf č. 6).

Z výsledků je patrné, že nejméně osob žijících v domovech pro seniory je s Parkinsonovou chorobou, a to v porovnání se seniory trpícími demencí nebo po cévní mozkové příhodě.

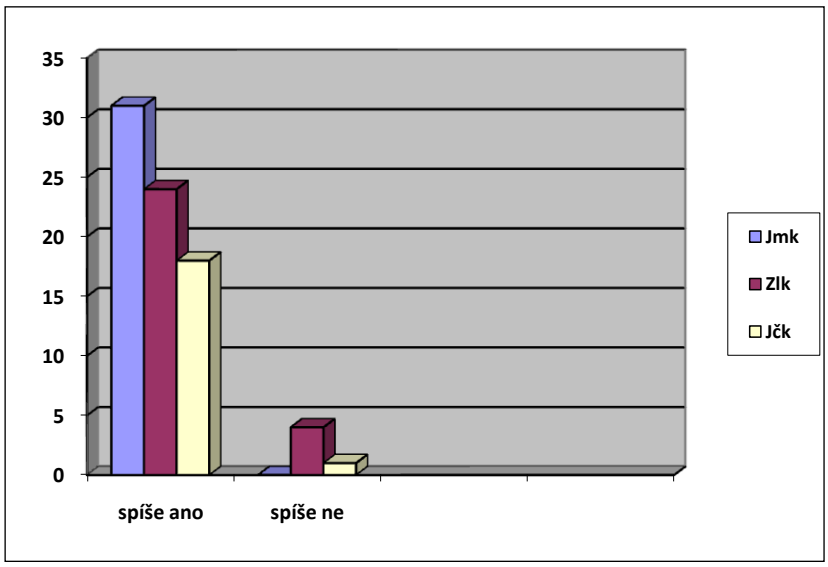
Otázka č. 7: Obtíže v komunikaci

Zde měli respondenti (celkový počet 78) uvést, zda se jako zaměstnanci pečující o seniory v sociálních službách setkali nebo setkávají s obtížemi v komunikaci u uživatelů. Měli označit, se kterými obtížemi se setkávají častěji. Zda se jedná spíše o potíže s vyjadřováním nebo porozuměním řeči.

Obtíže ve vyjadřování řeči

potíže ve vyjadřování	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
spíše ano	31	24	18	73	**93,5**
spíše ne	0	4	1	5	6.4

Tabulka č. 10: Potíže ve vyjadřování



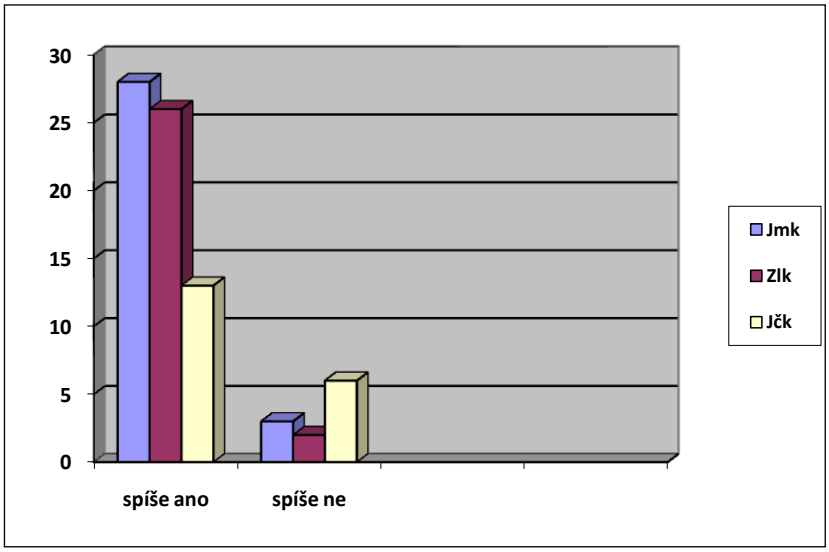
Graf č. 7: Potíže ve vyjadřování

Z odpovědí vyplývá, že **potíže ve vyjadřování** u osob s danými typy onemocnění zaznamenali v 73 domovech pro seniory (tj**. 93,5 %**). Odpověď **„spíše ne“** byla uvedena v 5 případech (tj. 5,4 %). **(**tabulka č. 10, graf č. 7).

Obtíže s porozuměním řeči

potíže s porozuměním	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
spíše ano	28	26	13	67	**85,8**
spíše ne	3	2	6	11	14,1

Tabulka č. 11: Potíže s porozuměním



Graf č. 8: Potíže s porozuměním

S potížemi v **porozumění řeči** u seniorů s výše uvedenými diagnózami se setkali dotazovaní v 67 případech (tj. **85,8 %**). V 11 případech (tj. 14,1 %) byla uvedena odpověď „spíše ne“, což znamená, že v těchto domovech se pečující spíše nesetkávají s obtížemi v komunikaci u seniorů (tabulka č. 11, graf č. 8).

Lze tedy konstatovat, že narušení komunikační schopnosti u seniorů s demencí, Parkinsonovou chorobou nebo po cévní mozkové příhodě a je dosti častým jevem. Více je dle odpovědí dotazovaných postižena expresivní stránka řeči - častější jsou obtíže ve vyjadřování řeči, jak uvedlo 73 (tj. 93,5 %) dotazovaných.

<u>Otázka č. 8:</u> Výstup obtíží v komunikaci dle typu postižení

V případě této otázky byli respondenti vyzváni, aby uvedli, u kterého typu postižení (Alzheimerova choroba/demence, Parkinsonova choroba, po cévní mozkové příhodě) se z výše zmíněnými obtížemi v komunikaci (obtíže ve vyjadřování, obtíže v porozumění řeči) již setkali. V případě této otázky mohli respondenti označit i více možností. Z tohoto důvodu při zpracování těchto odpovědí není uvedeno procentuální vyjádření.

u ACH / demence	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
ano	25	18	12	55
ne	6	5	7	18

Tabulka č. 12: Obtíže v komunikaci u ACH / demence

Na otázku, zda se dotazovaní setkávají s potížemi v komunikaci u seniorů s Alzheimerovou chorobou nebo demencí odpovědělo celkem 73 dotazovaných, z toho „**ano“** 55. Zbývajících 18 odpovídajících se u tohoto onemocnění s narušením komunikační schopnosti nesetkalo (tabulka č. 12, graf č. 9).

u PCH	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
ano	5	14	8	27
ne	14	17	8	39

Tabulka č. 13: Obtíže v komunikaci u PCH

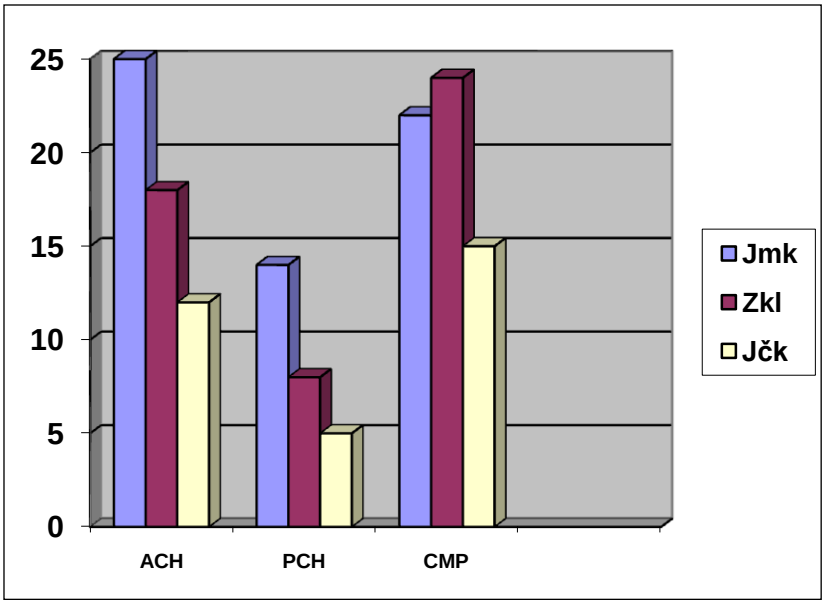
V případě osob s PCH odpovědělo 66 respondentů, z toho „**ano“** 27. Vyšší počet dotazovaných se s narušením komunikační schopnosti u osob s Parkinsonovou chorobou nesetkalo (tabulka č. 13, graf č. 9).

u CMP	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
ano	25	18	12	61
ne	6	5	7	17

Tabulka č. 14: Obtíže v komunikaci u CMP

V případě osob po cévní mozkové příhodě odpovědělo všech 78 respondentů. „**Ano“** odpovědělo 61 dotazovaných. S osobami, u nichž by nebyla po prodělání cévní

mozkové příhody narušena komunikační schopnost se setkalo pouze 17 dotazovaných (tabulka č. 14, graf č. 9).



Graf č. 9: Obtíže v komunikaci u ACH, PCH, CMP

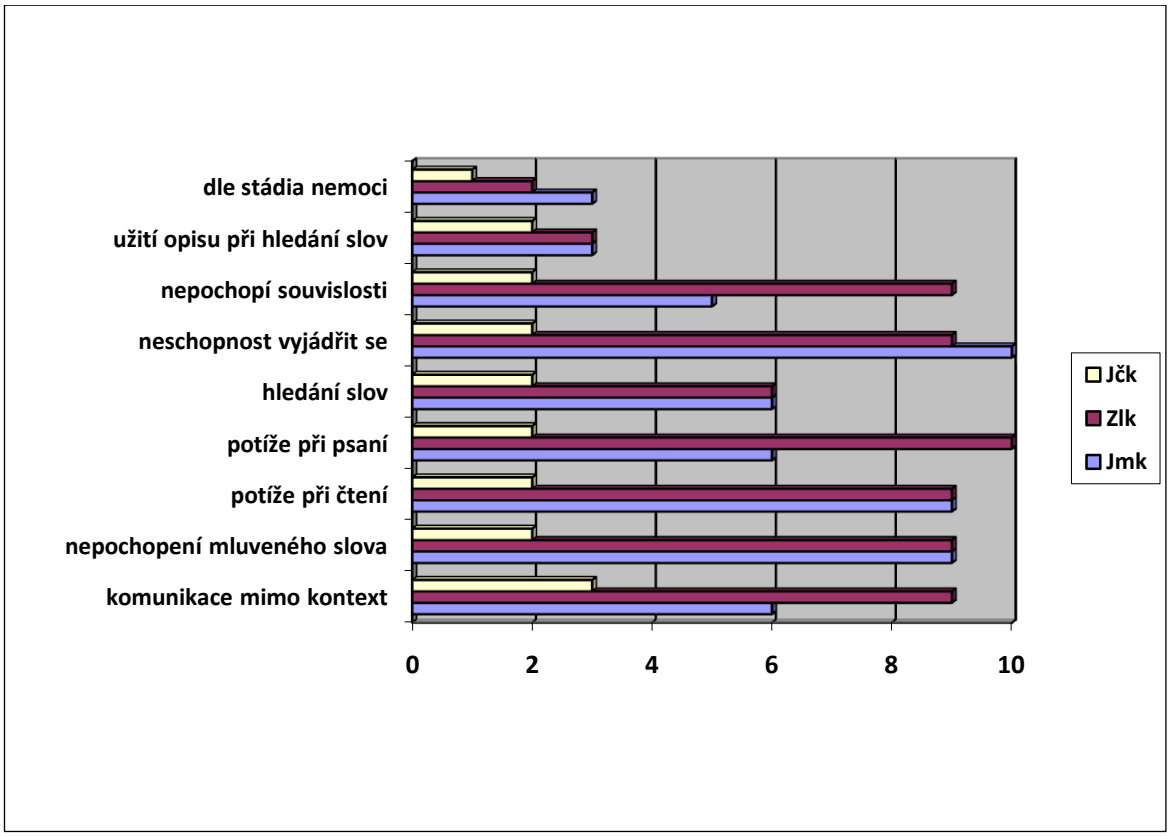
Konkrétní potíže při Alzheimerově chorobě nebo jiném typu demence, Parkinsonově chorobě, po cévní mozkové příhodě.

1) Potíže vázané na Alzheimerovu chorobu/ demenci

Pokud respondenti, odpověděli, že se setkali nebo setkávají s narušením komunikační schopnosti u seniorů s danými typy onemocnění**,** byli vyzváni, aby velmi stručně popsali charakter vyskytujících se potíží.

U ACH/demence	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
neschopnost vyjádřit se	10	9	2	21
nechápe mluvenou řeč	9	9	2	20
potíže při čtení	9	9	2	20
komunikace mimo kontext	6	9	3	18
potíže při psaní	6	10	2	18
nepochopí souvislostí	5	9	2	16
obtížné hledání slov	6	6	2	14
užití opisu při hledání slov	3	3	2	8
dle stadia nemoci	3	2	1	6

Tabulka č. 15: Narušení KS u ACH/ demence



Graf č. 10: Narušení KS u ACH/ demence

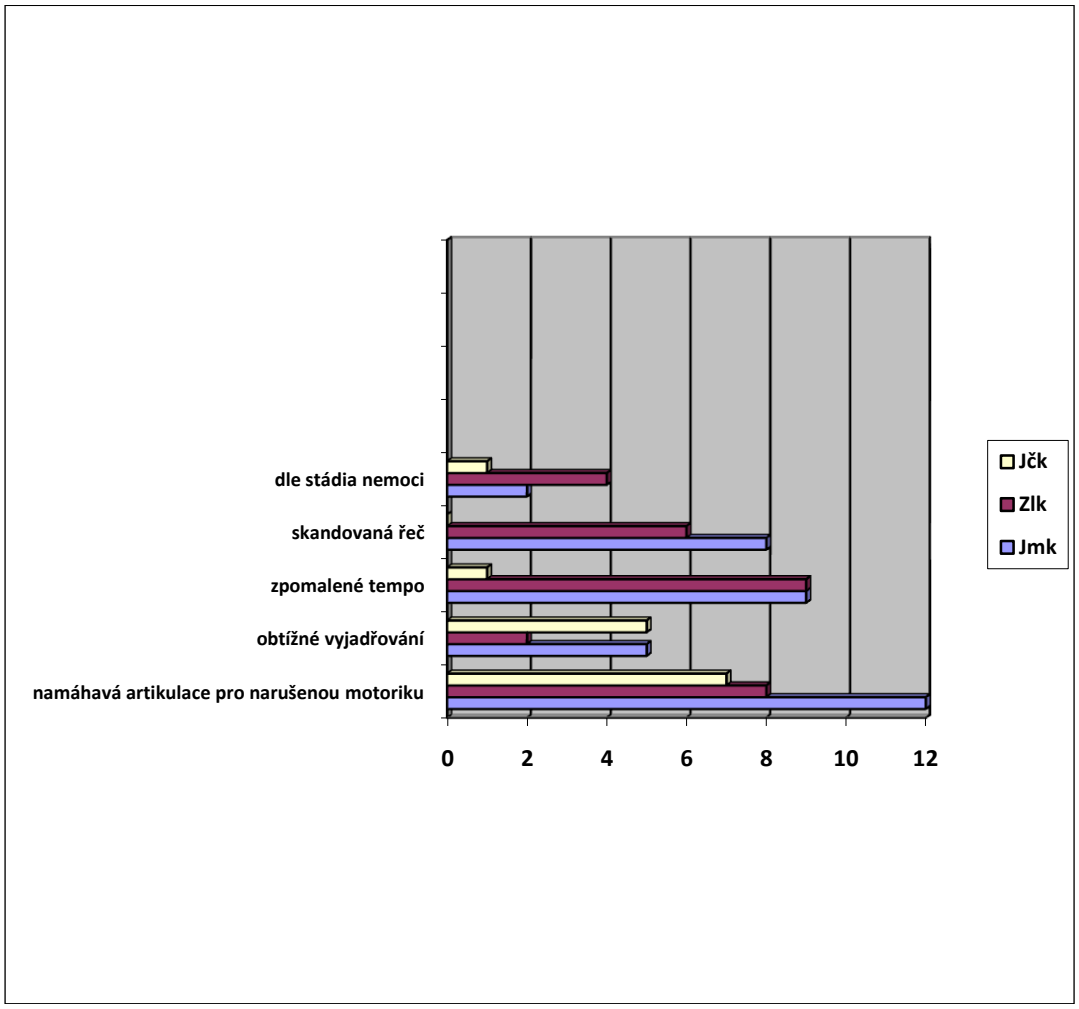
V případě ACH/demencí odpovědělo ano 73 respondentů z celkového počtu 78 dotazovaných. Odpovídali tedy pouze ti respondenti, kteří mají zkušenosti a jsou v kontaktu s osobami s tímto onemocněním.

Nejvíce byly uváděny odpovědi, tak jak jsou uvedené v tabulce č. 15 a grafu č. 10. Z nich je patrné, že nejčastěji se dle dotazovaných u seniorů s ACH nebo jiným typem demence setkávají s tím, že takto postižená osoba není schopna se vyjádřit. Toto bylo uvedeno 21x , následují potíže s pochopením mluvené řeči a potíže při čtení 20x. Dále dotazovaní uváděli komunikaci mimo kontext a potíže při psaní, a to 18x. Nepochopení souvislostí 16x. Osoby postižené demencí obtížně hledají slova, což bylo uvedeno 14x, používají opisu k vyjádření slov, jak bylo uvedeno 8x. Schopnost komunikovat závisí také na stadiu nemoci, což bylo uvedeno také 8x.

2) Potíže vázané na Parkinsonovu chorobu:

u PCH	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
namáhavá artikulace pro poruchu motoriky	12	8	7	27
zpomalené tempo	9	9	1	19
skandovaná řeč	8	6	0	14
obtížné vyjadřování	5	2	5	12
dle stadia nemoci	2	4	1	7

Tabulka č. 16: Narušení KS u PCH



Graf č. 11: Narušení KS u PCH

V případě osob s Parkinsonovou chorobou odpovědělo 66 dotazovaných z celkového počtu 78. Nejčastěji bylo uváděno, že těmto osobám činí potíže artikulace, z důvodu narušené motoriky, což bylo uvedeno 27x. Dále je u těchto osob patrné

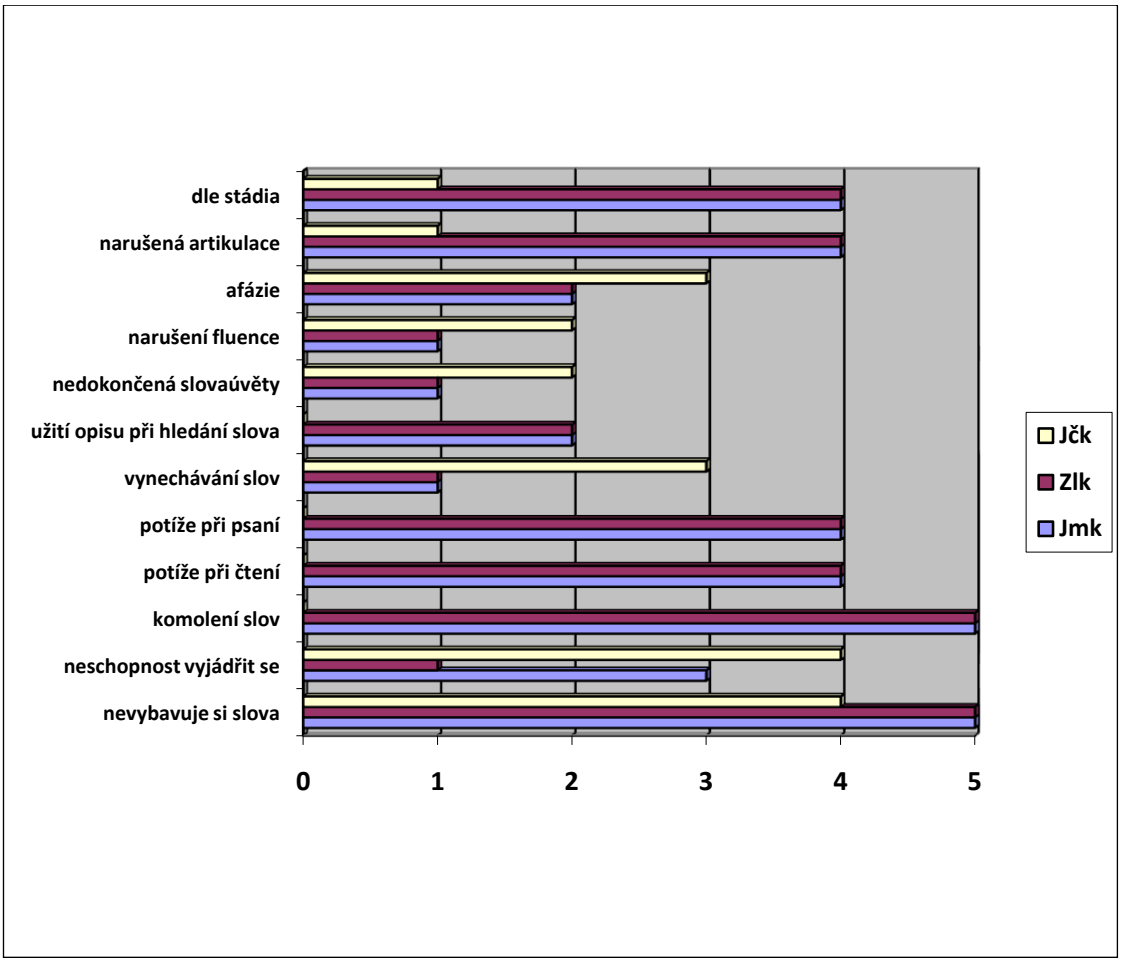
zpomalené tempo řeči (19x) a tzv. skandovaná řeč (14x). Odpovídající 7x uvedli, že se komunikační schopnost osob s PCH odvíjí od stadia nemoci (tabulka č. 16, graf č. 11).

3) Obtíže v komunikaci v případě osob po cévní mozkové příhodě:

po CMP	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
nevybavuje si slova	5	5	4	14
nesrozumitelnost, komolení slov	5	5	0	10
neschopnost vyjádřit se	3	1	4	8
potíže se čtením	4	4	0	8
potíže při psaní	4	4	0	8
narušená artikulace	4	4	1	8
dle stadia	4	4	1	8
afázie	2	2	3	7
vynechávání slov	1	1	3	5
narušení fluence	1	1	2	4
užití opisu při hledání slov	2	2	0	4
nedokončená slova, věty	1	1	2	4

Tabulka č. 17: Narušení KS po CMP

V případě osob, u nichž došlo k obtížím v komunikaci po cévní mozkové příhodě odpovídalo všech 78 dotazovaných. Nejčastěji, tj. 14x respondenti uvedli, že u těchto osob je největším problémem to, že postižený **není schopen si vybavit slova**.
Dále uváděli (10x), že **řeč** těchto osob **je nesrozumitelná**, komolí a užívají nesprávná slova. **Neschopnost vyjádřit se**, **obtíže při čtení i psaní**, **narušení artikulace** bylo uvedeno 8x. Stejný počet odpovídajících napsal, že obtíže se odvíjí od stadia nemoci a celkového postižení. Následuje afázie, která byla uvedena 7x, 5x byla odpověď, že tyto osoby často **vynechávají slova**. **Narušení fluence** řeči**, užití opisu** při hledání daného slova a **nedokončování slov či vět** bylo uvedeno 4x (tabulka č. 17, graf č. 12).



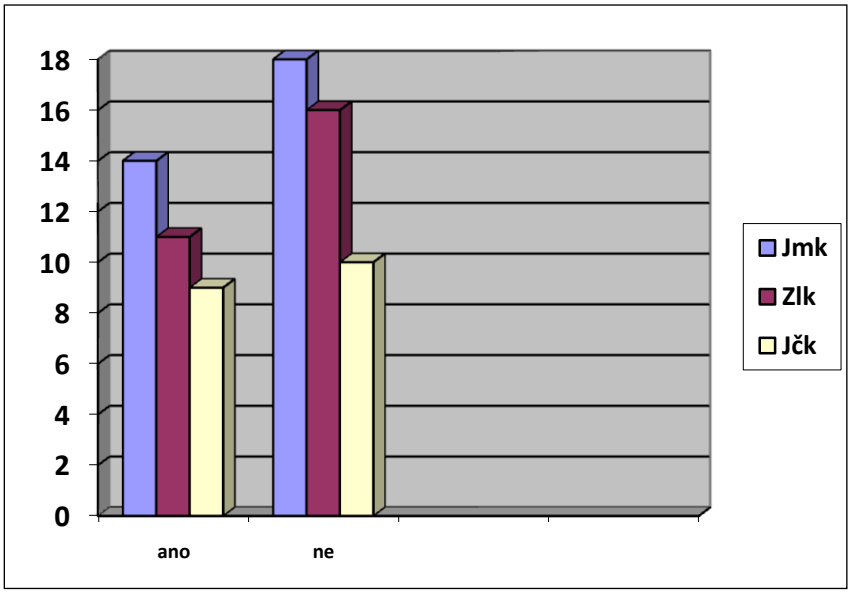
Graf č. 12: Narušení KS po CMP

<u>Otázka č. 9:</u> Logopedická péče u seniorů

V případě této otázky byli respondenti (v celkovém počtu 78) vyzváni, aby uvedli, zda je u seniorů, u nichž došlo k narušení komunikační schopnosti, způsobené některým výše uvedeným onemocněními, prováděna logopedická intervence.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
ano	14	11	9	34	43,5
ne	18	16	10	44	**56,4**

Tabulka č. 18: Logopedická péče u seniorů



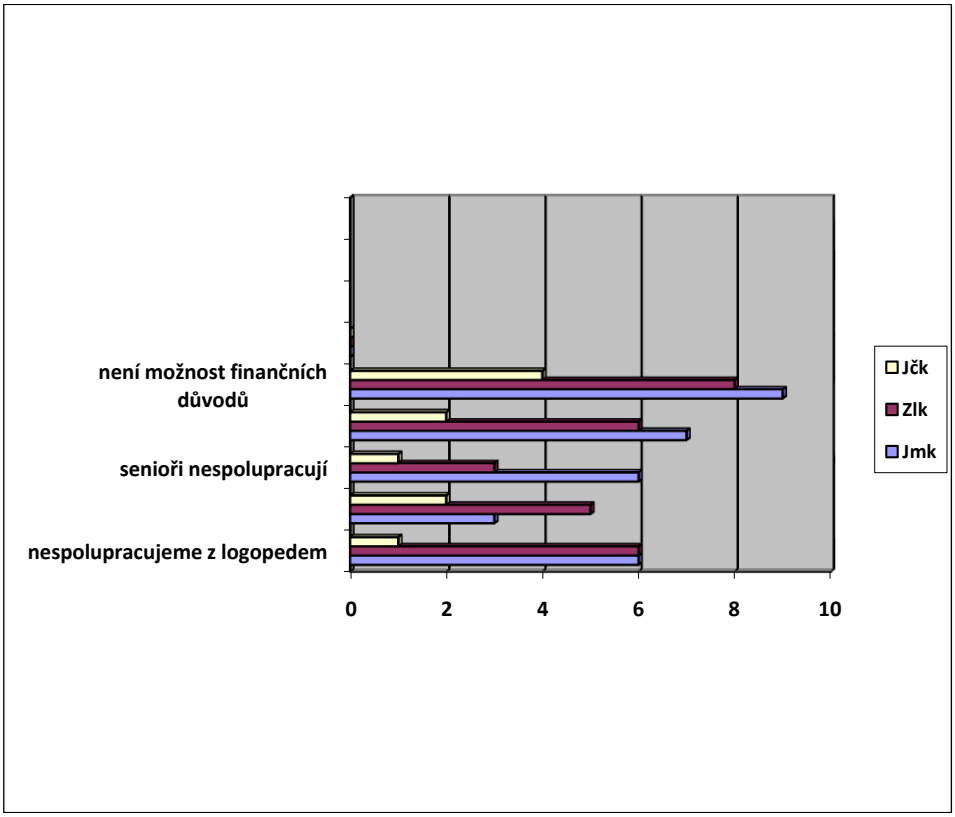
Graf č. 13: Logopedická péče u seniorů

Zjištění, ke kterému jsem dospěla po zpracování odpovědí respondentů: **pozitivně** odpovědělo pouze 34 dotazovaných (tj. **43,5%**). **Negativní** byla odpověď 44 (tj. **56,4 %**) odpovídajících. Lze tedy konstatovat, že **ne ve všech domovech pro seniory je samozřejmostí poskytování logopedické péče** (tabulka č. 18, graf č. 13).

Pokud respondenti odpověděli **negativně,** měli uvést důvody, pro které není logopedická péče seniorům poskytována a dále pokračovat otázkou č. 15. Respondenti mohli vybírat z více možností, proto zde není uvedeno procentuální vyjádření výsledků.

Důvody	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
nemáme možnost z finančních nebo jiných důvodů	9	8	4	**21**
není doporučena /naordinována ošetřujícím lékařem	7	6	2	15
nespolupracujeme s logopedem	6	6	1	13
senioři s těmito diagnóza nemají zájem	3	5	2	10
senioři nespolupracují, odmítají	6	3	1	10
není to důležité, jiné terapie jsou účinnější/prospěšnější	0	0	0	0

Tabulka č. 19: Důvody neposkytování logopedická péče



Graf č. 14: Důvody neposkytování logopedická péče

Nejčastější příčinu, proč není seniorům poskytována logopedická péče vidí poskytovatelé sociálních služeb v nedostatku finančních prostředků. Takto odpovědělo 21 dotazovaných z počtu 44, kteří odpověděli, že logopedická intervence není seniorům poskytována. Dalším nejvíce uváděným důvodem (15x) je, že tuto oblast u seniorů žijících v rezidenčním prostředí neřeší ošetřující lékař. Respondenti 13x uvedli, že

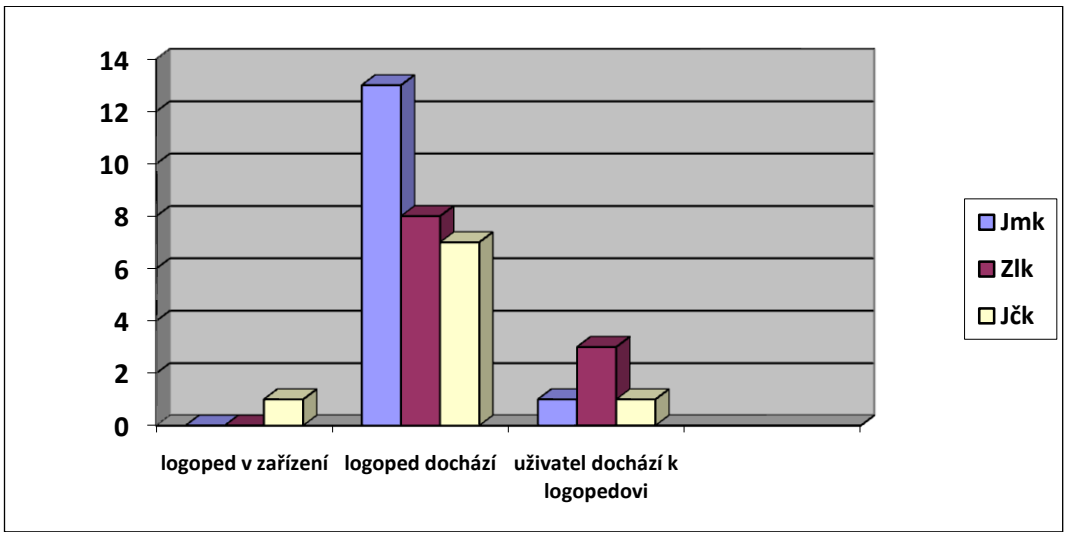
nemají možnost spolupráce s logopedem. Důvod, že senioři nespolupracují nebo nemají zájem byl uveden 10x. Pozitivním se jeví fakt, žádný z dotazovaných si nemyslí, že není důležité se tímto problémem zabývat (tabulka č. 19, graf č. 14).

<u>Otázka č. 10:</u> Poskytování logopedické péče

V případě této otázky měli respondenti uvést, pokud v domově pro seniory poskytují seniorům logopedickou intervenci, jakým způsobem je organizována.

způsob	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
logoped do zařízení dochází	13	8	7	28
uživatelé dochází do logo.amb.	1	3	1	5
logopedem přímo ve vašem zařízení	0	0	1	1
jinak	0	0	0	0

Tabulka č. 19: Způsob poskytování logopedické intervence



Graf č. 15: Způsob poskytování logopedické intervence

Zde dotazovaní, kteří zvolili možnost „**ano“**, což bylo **34 odpovídajících** (z celkového počtu 78) u otázky, zda je seniorům s NKS poskytována logopedická péče, nejčastěji odpověděli, že **logoped dochází za seniory do zařízení**. Tuto možnost označilo 28 respondentů. Způsob poskytování logopedické péče, kdy senioři dochází do logopedické ambulance, uvedlo 5 dotazovaných. Jeden z oslovených poskytovatelů

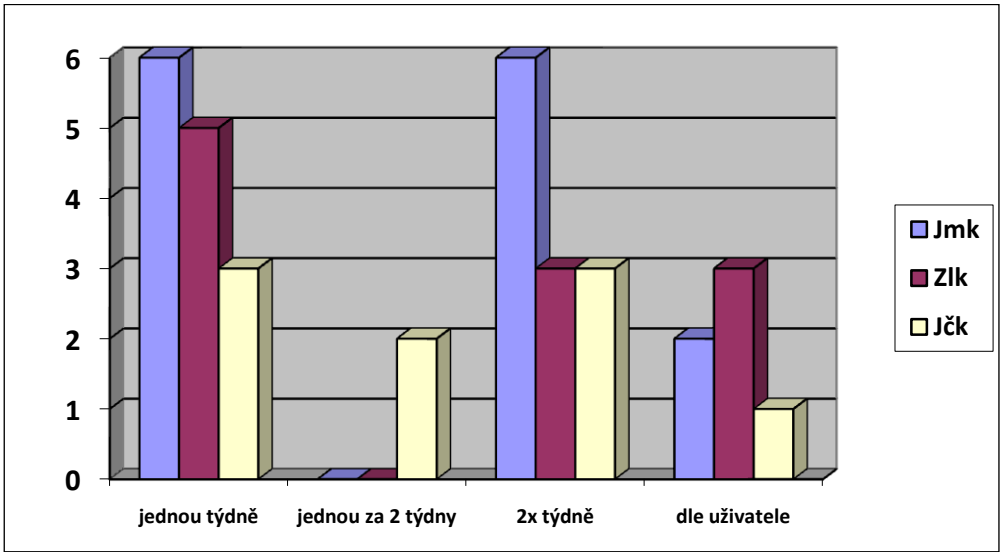
uvedl, že logoped působí přímo v zařízení. Možnost uvést jinou formu poskytování péče nevyužil žádný z dotazovaných (tabulka č. 19, graf č. 15).

<u>Otázka č. 11:</u> Jak často logopedická péče probíhá

V případě dané otázky měli dotazovaní poskytovatelé uvést jak často je logopedická péče seniorům poskytována.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
jednou týdně	6	5	3	14
2x týdně	6	3	3	9
dle uživatele	2	3	1	7
jednou za 2 týdny	0	0	2	2

Tabulka č. 20: Jak často je péče poskytována



Graf č. 16: Jak často je péče poskytována

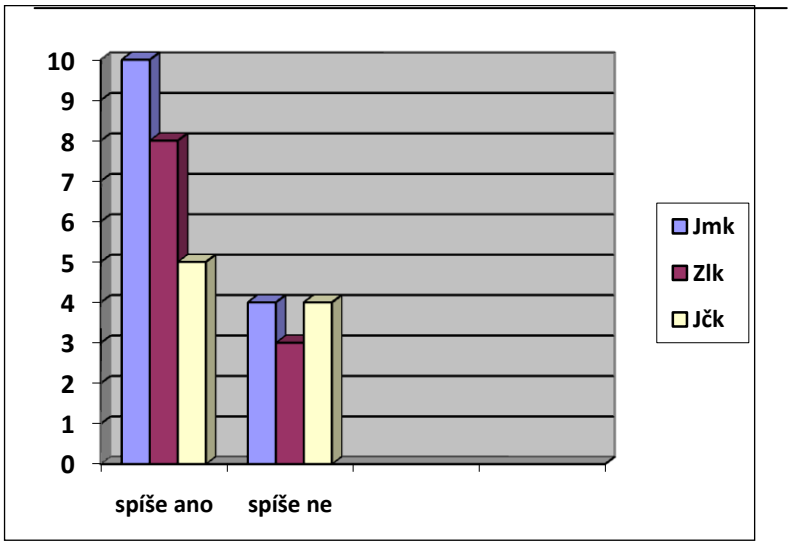
Respondenti odpovídali takto: logopedická péče je poskytována nejčastěji 1x týdně, tuto možnost označilo 14 respondentů. Devět dotazovaných označilo možnost „2x týdně“. Možnost “dle potřeby či přání uživatele“ uvedlo 7 respondentů a 2x byla označena odpověď „jednou za dva týdny“ (tabulka č. 20, graf č. 16).

<u>Otázka č. 12:</u> Spolupráce seniorů s logopedem

Zde měli respondenti odpovědět na základě zkušeností s prací se seniory, zda mají senioři, snahu spolupracovat s logopedem, který u nich provádí logopedickou intervenci.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
spíše ano	10	8	5	**23**
spíše ne	4	3	4	11

Tabulka č. 21: Spolupráce seniorů s logopedem



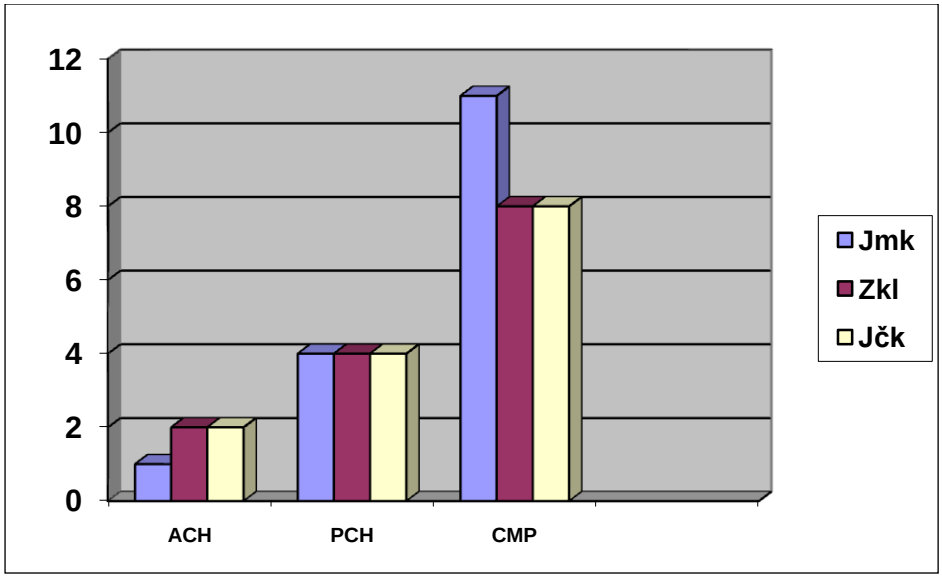
Graf č. 17: Spolupráce seniorů s logopedem

Respondenti nejdříve vyhodnotili, zda se senioři snaží spolupracovat s logopedem. Z tabulky č. 21 a grafu č. 17 vyplývá, že senioři, kterým je logopedická péče poskytována se snaží spolupracovat. „**Spíše ano“** odpovědělo 23 dotazovaných z celkového počtu 34 poskytovatelů poskytujících seniorům logopedickou péči. Odpověď „**spíše ne“** označilo 11 respondentů.

Pokud dotazovaní odpověděli **„spíše ano“**, pak také napsali, u kterého typu onemocnění se snaží senioři spolupracovat nejvíce. Zde nebyli odpovídající omezeni výběrem pouze jedné odpovědi, proto není uvedeno procentuální vyjádření výsledků.

u onemocnění	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
ACH/demence	1	2	2	5
PCH	4	4	4	16
CMP	11	8	8	**27**

Tabulka č. 22: Spolupráce dle typu onemocnění



Graf č. 18: Spolupráce dle typu onemocnění

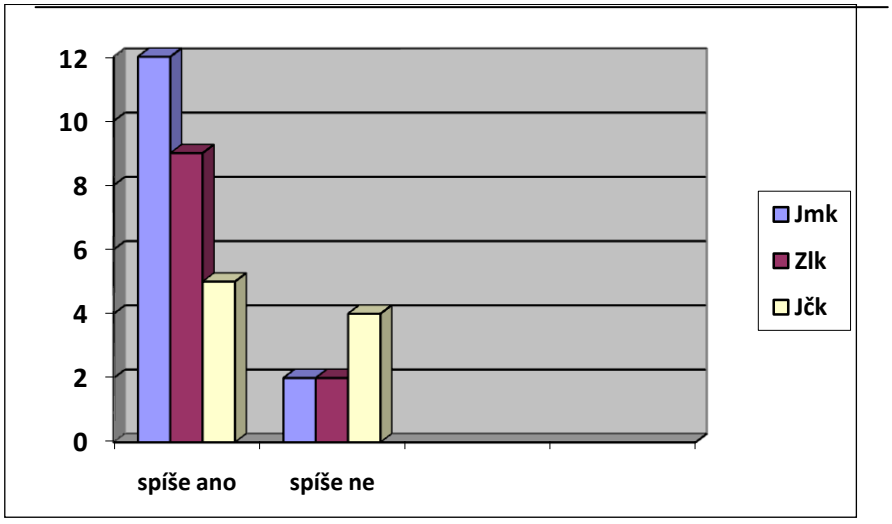
Jak vyplynulo z odpovědí dotazovaných, **nejvíce se snaží spolupracovat** s logopedem **senioři po cévní mozkové příhodě**. Tato možnost byla respondenty označena 27x. Dále osoby s Parkinsonovou chorobou, jak bylo označeno 16x. Nejméně, dle respondentů, spolupracují s logopedem senioři s demencí nebo přímo Alzheimerovou chorobou. Tato odpověď byla označena 5x (tabulka č. 22, graf č. 18).

<u>Otázka č. 13:</u> Důležitost logopedické péče z pohledu seniorů

.Zde měli respondenti (celkový počet 34) uvést, zda si senioři, dle jejich názoru, uvědomují důležitost logopedické péče.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
spíše ano	12	9	5	**26**
spíše ne	2	2	4	8

Tabulka č. 23: Uvědomování si důležitosti logo. péče



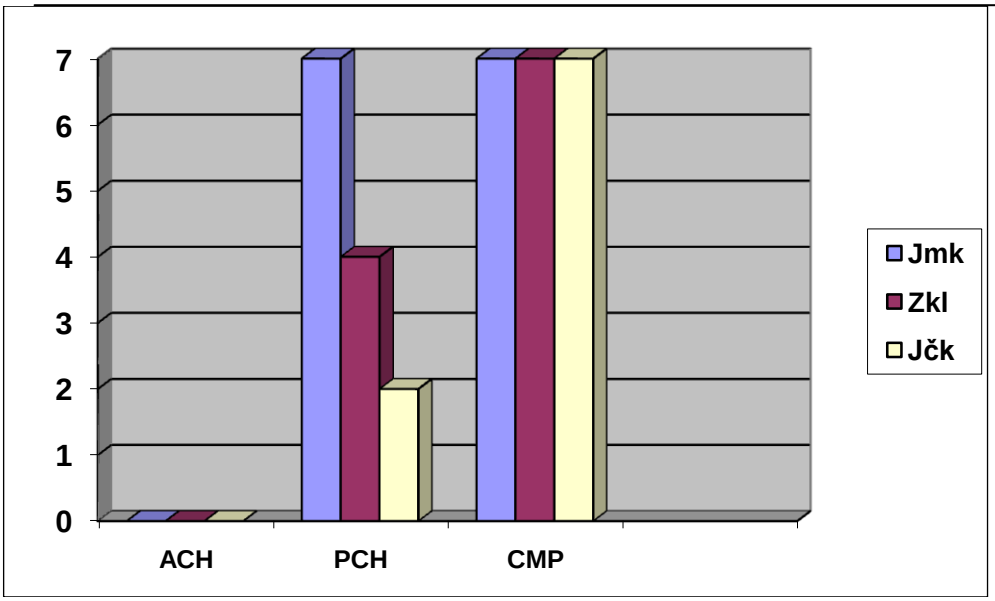
Graf č. 19: Uvědomování si důležitosti logo.péče

Respondenti nejdříve vyhodnotili, zda si senioři uvědomují důležitost poskytování logopedické péče tím, že označovali odpovědi „spíše ano“ nebo „spíše ne“.
Jak je patrné z tabulky č. 23 a grafu č. 19 většina geriatrických osob, jimž je poskytovaná logopedická péče si její důležitost uvědomuje. Odpověď „**spíše ano“** označilo 26 dotazovaných. Odpověď „**spíše ne“** uvedlo pouze 8 respondentů.

Pokud tedy dotazovaní odpověděli **„spíše ano“**, pak měli označit, zda si nejvíce uvědomují důležitost poskytované logopedické péče senioři s demencí nebo senioři s Parkinsonovou chorobou či senioři po cévní mozkové příhodě. Zde opět nebyli omezeni výběrem pouze jednoho z onemocnění.

u onemocnění	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
ACH/demence	0	0	0	0
PCH	7	4	2	13
CMP	7	7	7	**21**

Tabulka č. 24: Uvědomování si důležitosti péče dle diagnózy



Graf č. 20: Uvědomování si důležitosti péče dle diagnózy

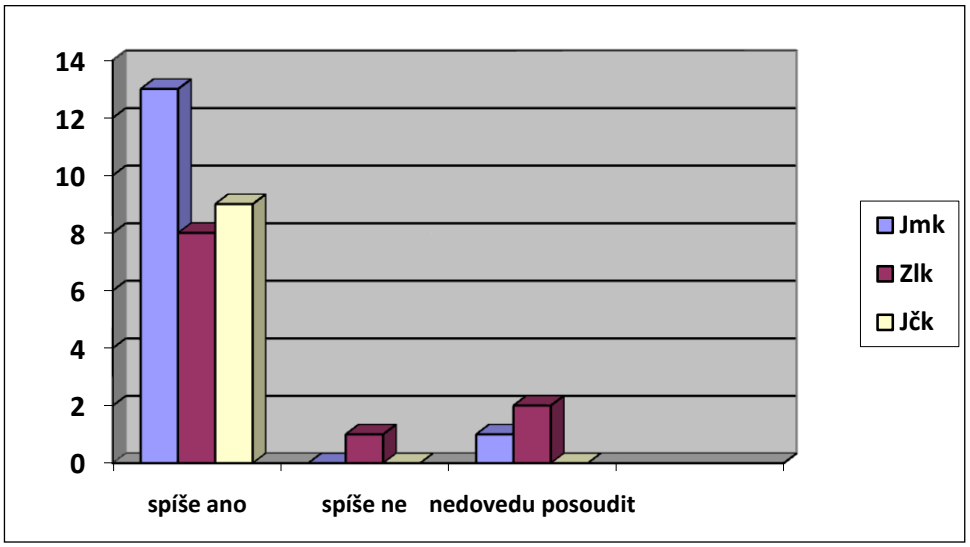
Jak je patrné z tabulky č. 24 a grafu č. 20 respondenti uvedli, že dle jejich názoru si **nejvíce uvědomují důležitost poskytování logopedické péče senioři po cévní mozkové příhodě.** Tato odpověď byla označena 21x. Na druhém místě byli uvedeni senioři s Parkinsonovou chorobou (13x). Žádný z dotazovaných neuvedl, že by si senioři s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence uvědomovali důležitost poskytované logopedické péče. Zajímavým faktem je, že osoby s demencí s logopedem sice spolupracují, jak je patrné z tabulky č. 22, grafu č. 18, ale důležitost poskytované péče si neuvědomují.

<u>Otázka č. 14:</u> Přínos logopedické péče

Respondenti (v celkovém počtu 34) zde měli uvést, zda je dle jejich názoru a zkušeností, poskytování logopedické péče pro seniory přínosem.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
spíše ano (lépe mohou vyjádřit přání, pocity)	9	13	8	**30**
spíše ne	0	0	1	1
nedovedu posoudit	0	1	2	3

Tabulka č. 25: Přínos logopedické péče



Graf č. 21: Přínos logopedické péče

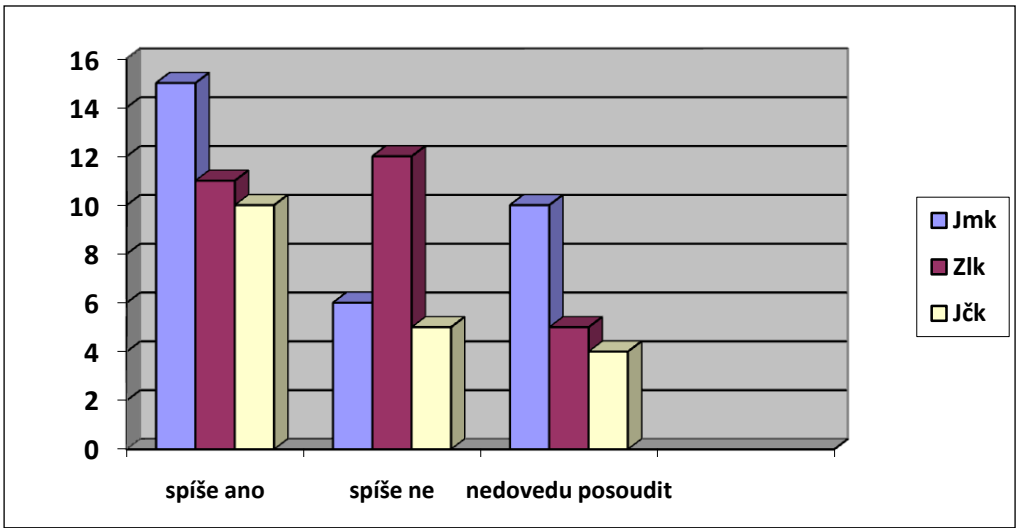
Většina dotazovaných, tj. 30 uvedla, že **považují logopedickou péči** poskytovanou seniorů **za přínosnou**. Její přínos spatřují především v tom, že se senioři u nichž došlo k narušení komunikační schopnosti, mohou lépe vyjádřit svá přání, pocity a potřeby. To, že poskytování logopedické péče není pro seniory přínosem si myslí pouze 3 dotazovaní z celkového počtu 34 odpovídajících. Jeden respondent nedovede přínos poskytované logopedické péče u seniorů posoudit (tabulka č. 25, graf č. 21).
U této otázky dostali také respondenti možnost, aby napsali, dle svých zkušeností, jaký jiný přínos, než bylo uvedeno, má dle jejich zkušeností, logopedická péče pro seniory. Této možnosti vyjádřit se nevyužil žádný z dotazovaných

<u>Otázka č. 15:</u> Nutnost logopedické péče u seniorů s obtížemi v komunikaci

Respondenti (v celkovém počtu 78) zde měli odpovědět na otázku, zda je nebo byla by logopedická péče nutná z jejich pohledu u všech seniorů, u kterých se vyskytly problémy v komunikaci.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
spíše ano	15	11	10	36	**46,1**
spíše ne	6	12	5	23	29,4
nedovedu posoudit	10	5	4	19	24,3

Tabulka č. 26: Nutnost péče



Graf č. 22: Nutnost péče

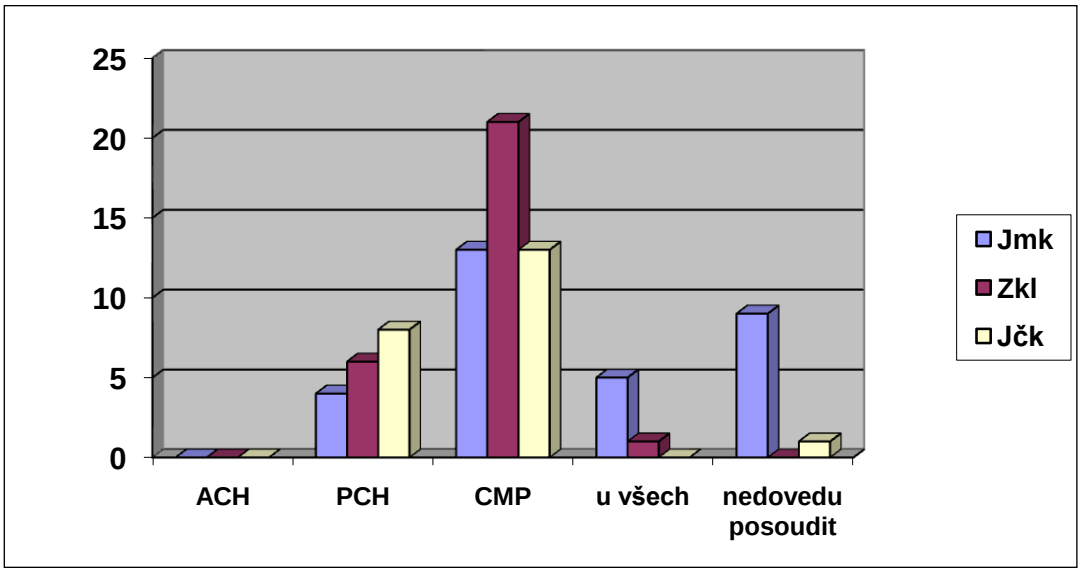
Odpověď **„spíše ano“** označilo **36** respondentů (tj. **46,1 %**) což znamená, že dle jejich názoru **je logopedická péče nutná** u všech seniorů, u kterých došlo k narušení komunikační schopnosti. Toto lze hodnotit jako pozitivní fakt**.** Odpověď **„spíše ne“** uvedlo 23 dotazovaných (tj. 29,4 %) a 19 dotazovaných (tj. 24,3 %) nedovede tuto skutečnost posoudit (tabulka č. 26, graf č. 22).

<u>Otázka č. 16:</u> Důležitost péče dle dané diagnózy

V případě uvedené otázky byli respondenti (v celkovém počtu 78) vyzváni, aby uvedli**,** u kterého z postižení je (dle jejich názoru nebo zkušenosti) logopedická péče nejpotřebnější. Bylo možné označit i více odpovědí, z toho důvodu není uvedeno procentuální vyjádření.

diagnóza	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
CMP	13	21	13	**47**
ACH	0	0	0	0
PCH	4	6	8	18
u všech	5	1	0	6
nedovedu posoudit	9	0	1	10

Tabulka č. 27: Důležitost péče dle diagnózy



Graf č. 23: Důležitost péče dle diagnózy

Z jednotlivých odpovědí vyplynulo, že jednoznačně **nejpotřebnější je** dle respondentů poskytování **logopedické péče u osob**, u nichž došlo k obtížím v komunikaci **po cévní mozkové příhodě**. Tato odpověď byla označena dotazovanými 47x.

Dále považují logopedickou péči velmi potřebnou **u osob s PCH**, jak bylo uvedeno 18x.Odpověď „nedovedu posoudit“ uvedli respondenti 10x, z čehož by se dalo usuzovat, že zřejmě nemají dostatek zkušeností s poskytováním logopedické péče seniorům.

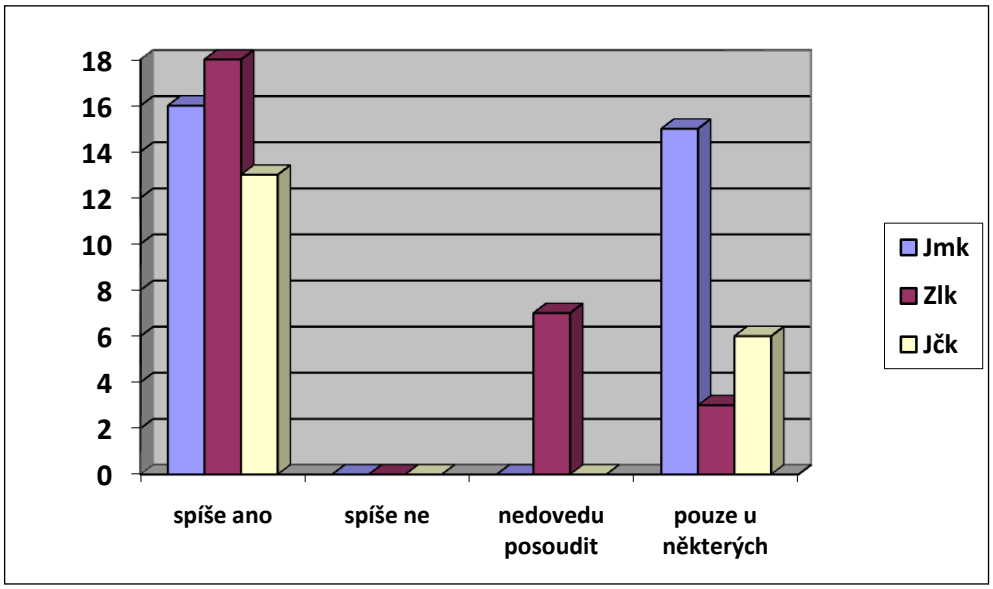
Odpověď, že logopedická péče je potřebná u všech osob s obtížemi v komunikaci stejně byla označena 6x. Poskytování logopedické péče v případě osob s demencí, nepovažuje za potřebnou žádný z odpovídajících respondentů (tabulka č. 27, graf č. 23).

Otázka č. 17: Potřeba a užitečnost logopedické péče z pohledu respondenta

Zde se měli respondenti (v celkovém počtu 78) vyjádřit, zda je dle jejich názoru nebo zkušeností logopedická péče poskytovaná seniorům potřebná a užitečná.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
spíše ano	16	18	13	47	**61**
spíše ne	0	0	0	0	0
pouze u některých	15	3	6	24	30,7
nedovedu posoudit	0	7	0	7	8,9

Tabulka č. 28: Potřeba a užitečnost péče z pohledu respondenta



Graf č. 24: Potřeba a užitečnost péče z pohledu respondenta

V hodnocení potřeby a užitečnosti logopedické péče u seniorů označilo 47 dotazovaných (tj. 61 %), odpověď „**spíše ano“**. Ve 24 případech (tj. 30,7 %) si odpovídající myslí, že logopedická péče je potřebná a užitečná pouze u některých seniorů, u nichž došlo k narušení komunikační schopnosti. V 7 případech (tj. 8,9 %) nedovedou toto dotazovaní posoudit. Žádný z dotazovaných neuvedl odpověď „**spíše**

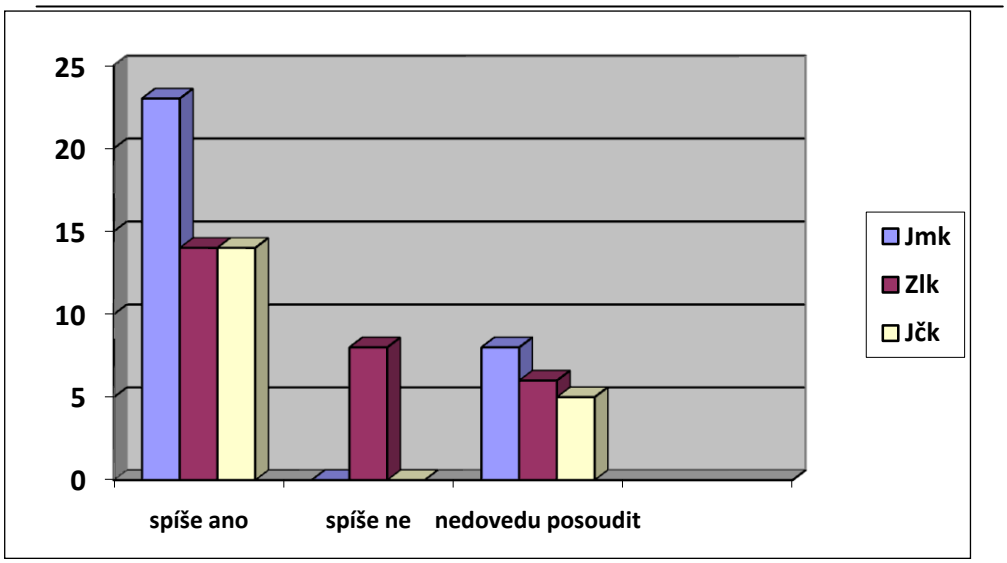
ne“, to znamená, že žádný z odpovídajících si nemyslí, že poskytování logopedické péče bylo nepotřebné a neužitečné, což je velmi pozitivním zjištěním (tabulka č. 28, graf č. 24).

Otázka č. 18: Přínos péče z pohledu pečujících v přímé obslužné péči

V případě této otázky byli respondenti (v celkovém počtu 78)vyzváni, aby odpověděli na dotaz, zda je dle jejich názoru logopedická péče přínosem pro seniory, z hlediska a zkušeností pečujících v přímé obslužné péči.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
spíše ano	23	14	14	51	**65,3**
spíše ne	0	8	0	8	10,2
nedovedu posoudit	8	6	5	19	24,3

Tabulka č. 29: Přínos péče z pohledu pracovníků



Graf č. 25: Přínos péče z pohledu pracovníků

Na daný dotaz odpovědělo 51 dotazovaných (tj. 65,3 %) **„spíše ano“**. V 19 případech (tj. 24,3 %) nedovedou toto respondenti posoudit, což zřejmě pramení z nedostatku zkušeností s poskytováním logopedické péče seniorům nebo z nedostatečné zpětné vazby od pečujícího personálu. V 8 případech (tj. 10,2 %) respondenti uvádí, že pečující neshledávají v logopedické péči se seniory žádný přínos (tabulka č. 29, graf č. 25).

Zajímavý názor vyjádřil respondent (vedoucí pracovník), který přímo uvedl: „ *Já sám shledávám práci logopeda za užitečnou a velmi přínosnou, ale obávám se, že z pohledu pečujících v přímé péči, by jim práce logopeda, pokud by byl také zaměstnancem, připadla jen jako povídání si s uživateli a byl by odměňován „za nic“, v porovnání s fyzickou a psychickou náročností jejich práce.“*

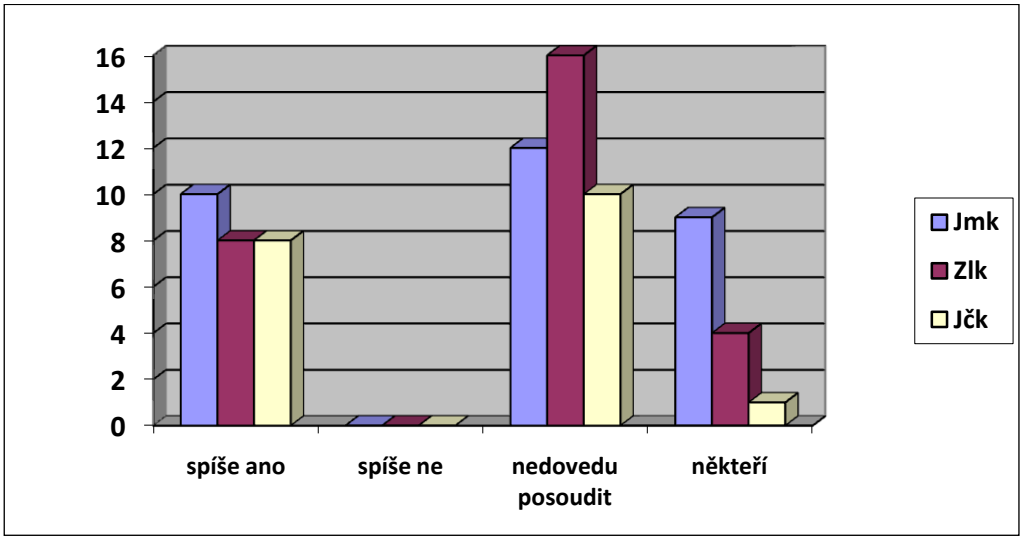
Otázka č. 19:

Přínos péče z hlediska rodinných příslušníků

V případě této otázky měli respondenti (v celkovém počtu 78) vyjádřit názor, zda je nebo by bylo poskytování logopedické péče oceněno z pohledu rodinných příslušníků.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
spíše ano	10	8	8	26	33,3
spíše ne	0	0	0	0	0
někteří	12	16	10	38	**48,7**
nedovedu posoudit	9	4	1	14	17,9

Tabulka č. 30: Přínos péče z hlediska rodinných příslušníků



Graf č. 26: Přínos péče z hlediska rodinných příslušníků

Největší počet respondentů 38 (tj. 48,1 %) odpovědělo „**někteří“,** a to zřejmě na základě kladných i záporných zkušeností s rodinnými příslušníky seniorů žijících

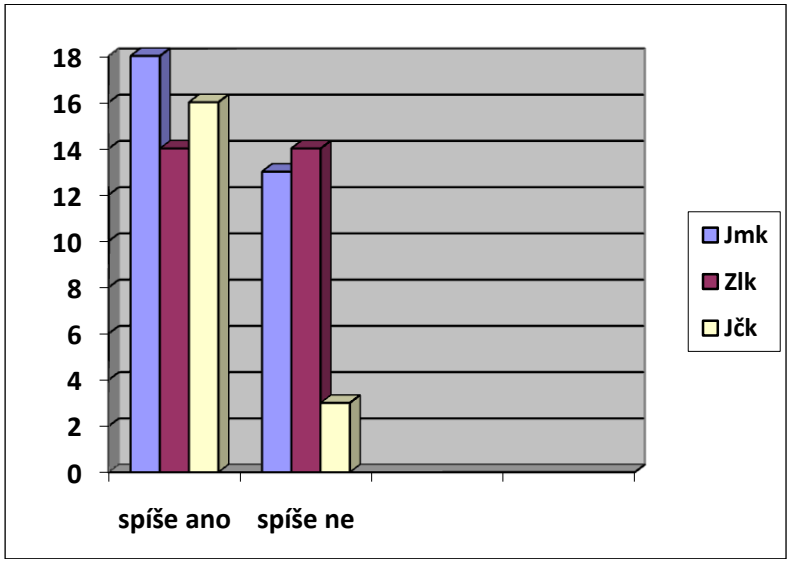
v rezidenčním prostředí domovů pro seniory. Ze stejného důvodu pravděpodobně uvedlo 14 respondentů (tj. 17,9 %), že toto nedovede posoudit. „**Spíše ano“** odpovědělo 26 respondentů (tj. 33,1 %). Pozitivem je, že odpověď „**spíše ne“,** nebyla označena žádným z dotazovaných, z čehož lze usuzovat, že žádný příbuzný by zřejmě nebyl vysloveně proti poskytování logopedické péče, jelikož by z jeho pohledu neměla žádný smysl (tabulka č. 30, graf č. 26).

Otázka č. 20: Logopedická péče v rámci zkvalitnění péče

Zde měli dotazovaní respondenti (v celkovém počtu 78) uvést, zda uvažují nebo by uvažovali o logopedické péči pro seniory s obtížemi v komunikaci v rámci zkvalitnění péče.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
spíše ano	18	14	16	48	**61,5**
spíše ne	13	14	3	30	38,4

Tabulka č. 31: Logopedická péče v rámci zkvalitnění péče



Graf č. 27: Logopedická péče v rámci zkvalitnění péče

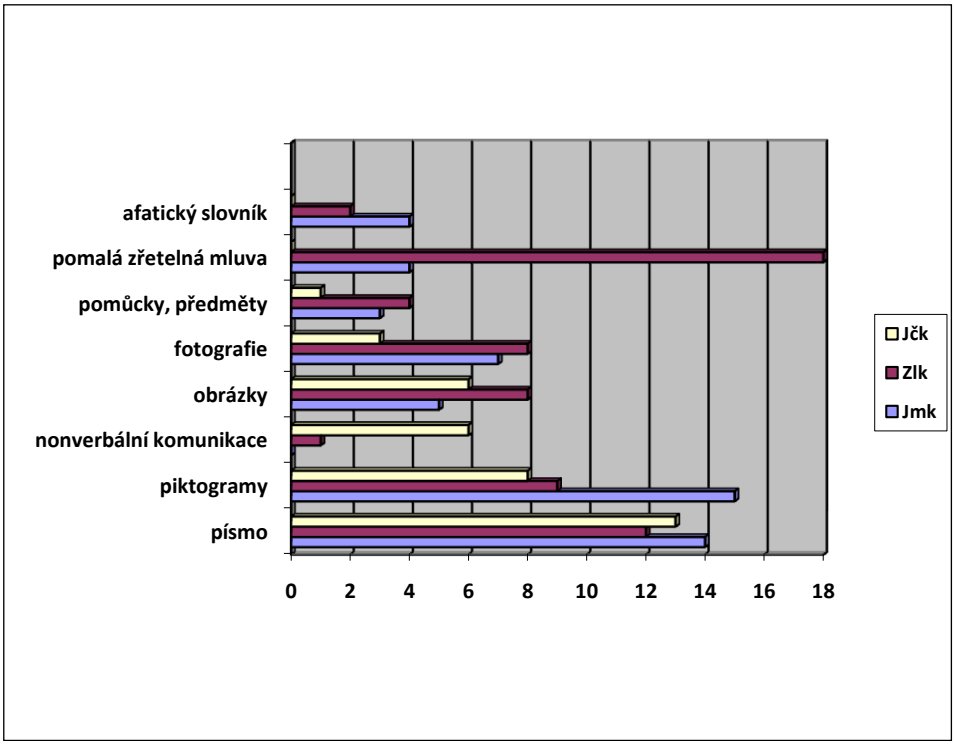
Jak vyplývá z tabulky č. 31 a grafu č. 27 odpověď „**spíše ano“** označilo 48 respondentů (tj. **61,5 %**), což je velmi pozitivním zjištěním. Odpověď „**spíše ne“** uvedlo 30 respondentů (tj. **38,5 %**) z celkového počtu všech odpovídajících.

<u>Otázka č. 21:</u> Způsob komunikace s uživatelem, jenž má potíže s komunikací

V případě otázky na způsob komunikace u osob, u nichž došlo k narušení komunikační schopnosti, kdy řeč je nesrozumitelná apod., měli dotazovaní napsat, jakým způsobem komunikuje pečující personál s těmito seniory. Respondenti uváděli více odpovědí, proto nejsou výsledky zpracovány procentuálně.

forma/způsob	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
písemnou formou	14	12	13	**39**
piktogramy	15	9	8	32
nonverbální kom.- posunky	0	1	6	7
obrázky	5	8	6	23
fotografie	7	8	3	18
pomůcky-předměty	3	4	1	8
pomalá zřetelná mluva	4	18	0	22
afatický slovník	4	2	0	6

Tabulka č. 32: Způsob komunikace



Graf č. 28: Způsob komunikace

.

Z odpovědí vyplynulo, že nejvíce zastoupená forma způsobu komunikace s osobami, jejichž komunikační schopnost byla narušena, je komunikace pomocí písma. Tato formu komunikace byla uvedena celkem 39x. Dále komunikace pomocí piktogramů, kterou napsali respondenti 32x. Následovala pomocná komunikace pomocí obrázků (23x) a pomalé zřetelné mluvy (22x). Respondenti dále uvádí jako způsob komunikace používání fotografií (18x), různých zástupných pomůcek (8x), posunků (7x) a komunikaci pomocí afatického slovníku napsali respondenti 6x (tabulka č. 32, graf č. 28).

Otázka č. 22: Využití náhradní komunikace

V případě této otázky měli respondenti napsat (i více odpovědí), zda užívají u osob s narušenou komunikační schopnosti některou z forem náhradní komunikace např. písemný projev, fotografie, piktogramy aj.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
ano	29	26	16	71	**91**
ne	2	2	3	7	8,9

Tabulka č. 33: Využití náhradní komunikace

Na otázku zda je využívána některá z náhradních forem komunikace, odpovědělo **71** (tj. 91 %**)** dotazovaných **„ano“** (tabulka č. 33). Odpověď „**ne“** uvedlo 9 (tj. 8.9%) z celkového počtu 78 dotazovaných respondentů.

Pokud respondenti odpověděli ano, měli také uvést, kterou formu náhradní komunikace nejvíce používají.

forma/způsob	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
písmo	14	12	15	**41**
piktogramy	15	9	10	34
obrázky	5	8	4	17
fotografie	7	8	3	18
pomalá, zřetelná mluva	4	21	1	26
pomůcky-předměty	3	4	1	8
afatický slovník	4	2	0	6

Tabulka č. 34: Forma náhradní komunikace

Nejčastěji uvedené odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 34. Na prvním místě je zastoupeno **písmo**, jenž bylo uvedeno 41x. Dále **piktogramy**, které byly uvedeny 34x. Respondenti často (26x) uváděli, že s osobami, které obtížně komunikují, je třeba **mluvit pomalu a zřetelně**, což je jednoduchý a účinný způsob jak se dorozumět. K dorozumění využívají **fotografie**, jak bylo uvedeno 18x a **obrázky**. Využití **pomůcek a předmětů** jako formy náhradní komunikace uvedli respondenti 8x a 6x byl uveden **afatický slovník**.

<u>Otázka č. 23:</u> Proškolení pracovníků

Zde měli respondenti (v celkovém počtu 78 dotazovaných) uvést, zda jsou někteří ze zaměstnanců proškoleni a zda mají základní informace týkající se komunikace, tj. jak komunikovat s osobami, u nichž došlo k narušení v procesu komunikace. Zda jsou informováni o možnosti využití některého ze systémů AAK.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
ano	20	19	5	43	**55,1**
ne	15	14	6	35	44,8

Tabulka č. 35: Proškolení pracovníků

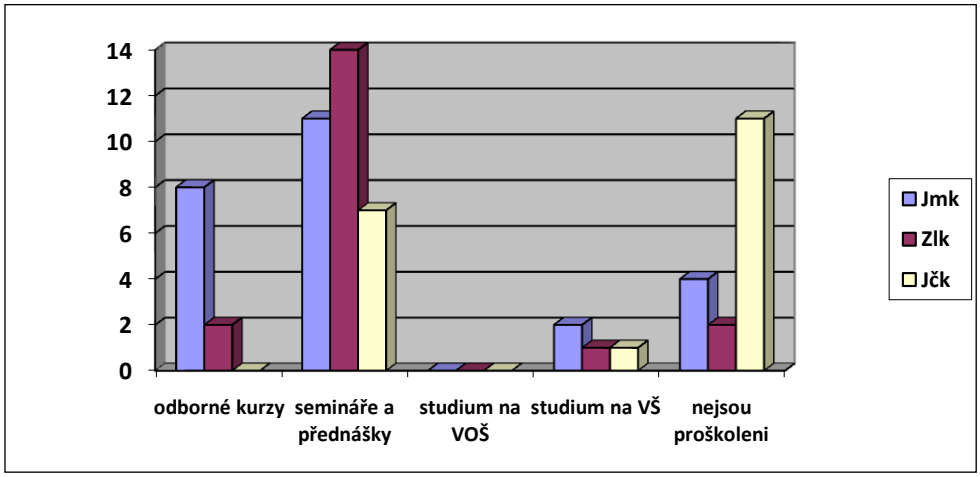
Respondenti nejdříve vyhodnotili, zda se zaměstnanci v rámci dalšího vzdělávání účastní přednášek a kurzů na dané téma. Odpověď „**ano“** označilo 43 respondentů (tj. **55,1 %).** Ve 35 případech (tj. 44,8 %) byla odpověď „**ne**“

Z výsledků lze tedy usuzovat, že poskytovatelé sociálních služeb seniorům se snaží touto oblastí péče zabývat a posílat zaměstnance nejen na kurzy týkající se poskytování sociálních služeb, ale soustředí se i na oblast komunikace. Je pro ně důležité, aby pečující měli informace i o tom, jak komunikovat se seniory, kteří mají s komunikací potíže (tabulka č. 35).

Pokud byla odpověď respondentů „**ano“**, měli označit odpověď, jakou formou je vzdělávání pečujících uskutečňováno. Měli možnost označit i více odpovědí.

formou	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
odborných seminářů a přednášek	11	14	7	**32**
odborných kursů	8	2	0	10
studiem na VOŠ	0	0	0	0
studiem na VŠ	2	1	1	4

Tabulka č. 36: Forma proškolení



Graf č. 29: Formy proškolení pracovníků

Z odpovědí vyplynulo, že nejvíce zaměstnanců domovů pro seniory je proškoleno formou **odborných seminářů a přednášek**, jak bylo označeno 32x. Tyto přednášky a

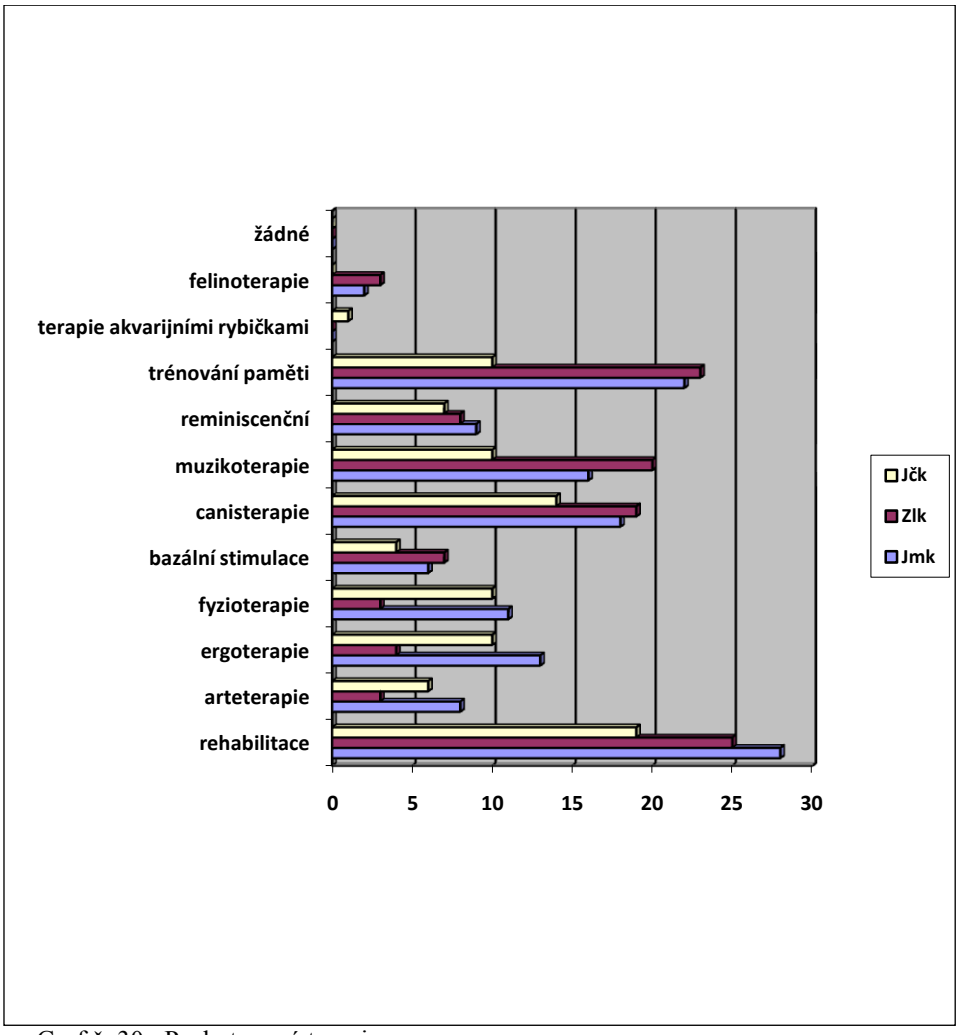
kurzy jsou zaměřeny na komunikaci se seniory, na komunikaci s osobami s demencí apod. Jsou určeny p pro pracovníky v sociálních službách, pro sociální pracovníky. Pořádány jsou vzdělávacími agenturami a vedeny odbornými lektory. Toto platí i v případě odborných kursů, které byly označeny respondenty 10x. Vysokoškolské vzdělání u pracovníků bylo označeno 4x a vzdělání na vyšší odborné škole v tomto oboru neuvedl žádný z respondentů (tabulka č. 36, graf č. 29).

Otázka č. 24: Poskytované terapie

Zde měli respondenti napsat, jaké jsou v domovech pro seniory prováděny terapie, které přispívají jak ke zlepšení zdravotního stavu, tak také k vyplnění volného času seniorské populace, k integraci jedinců do společnosti. Respondenti uváděli více odpovědí, proto neuvádím ve výsledcích procentuální vyjádření.

terapie	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
rehabilitace	28	25	19	72
arteterapii	8	3	6	17
ergoterapii	13	4	10	27
fyzioterapie	2	11	10	23
bazální stimulace	6	7	4	17
canisterapie	18	19	14	51
muzikoterapie	16	20	10	46
reminiscenční	9	8	7	24
trénování paměti	22	23	10	55
akvarijními rybičkami	0	0	1	1
felinoterapie	2	3	0	5

Tabulka č. 37: Poskytované terapie



Graf č. 30: Poskytované terapie

Nejčastěji je dle odpovědí respondentů prováděna v domovech pro seniory **rehabilitace,** ta byla označena 72x. Dále **trénování paměti** 55x, **canisterapie** 51x, **muzikoterapie** 46x. **Reminiscenční terapie** byla označena respondenty 24x, **fyzioterapie** 23x, **arteterapie** a **bazální stimulace** 17x. Prováděna je také **felinoterapie**, která byla uvedena 5x. Respondenti měli možnost napsat i jiné poskytované terapie, než které byly nabízeny, jeden z respondentů uvedl terapii akvarijními rybičkami. Způsob provádění této terapie nebyl respondentem blíže specifikován. Předpokládám, že senioři pozorují akvarijní rybky, což u nich zřejmě navozuje pocit klidu a uvolnění.

Žádný z dotazovaných poskytovatelů neuvedl, že by se seniory neprováděl některou z výše uvedených terapií, a proto nebyly uvedeny ani žádné důvody (nemáme dostatek pracovníků, nemáme možnost spolupracovat s terapeuty, nemáme finanční

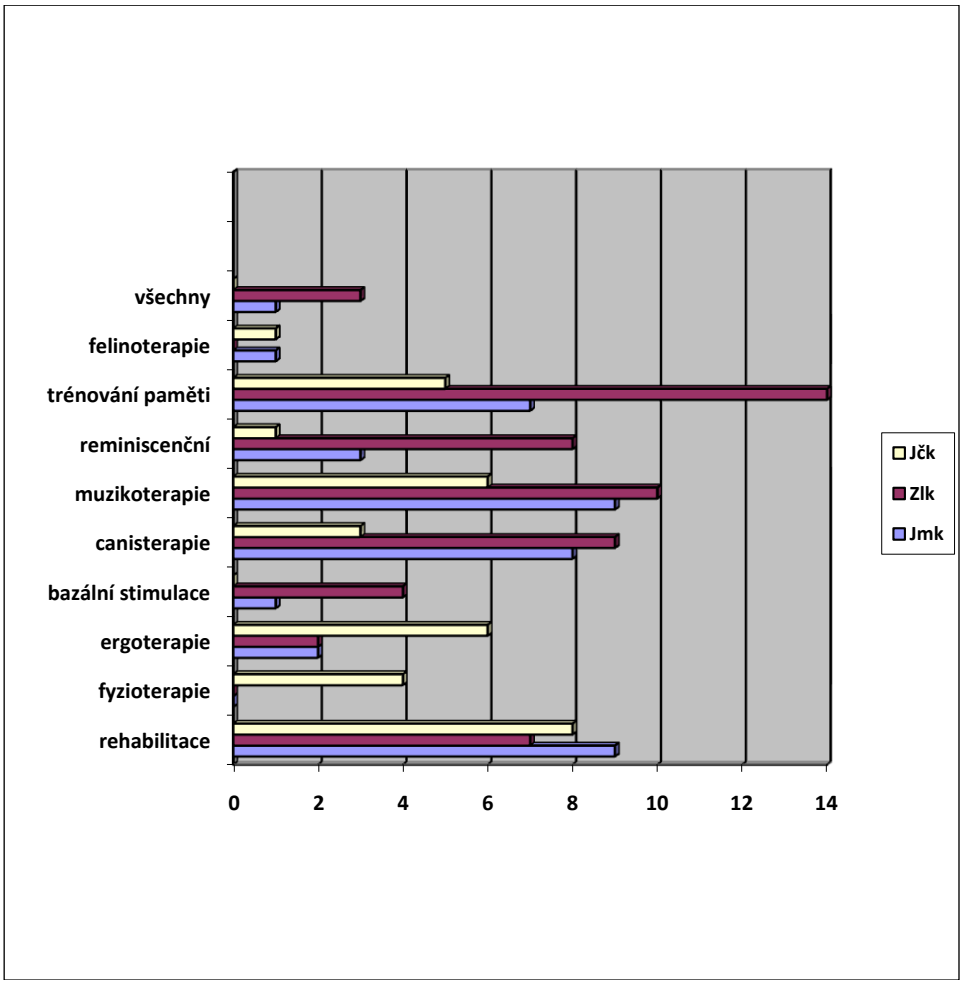
prostředky), pro které by se žádná z terapií v domovech pro seniory neprováděla (tabulka č. 37, graf č. 30). Toto je dle mého názoru velmi pozitivní zjištění.

Otázka č. 25: Nejefektivnější terapie

V případě této otázky měli respondenti navázat na otázku předešlou a napsat, která z prováděných terapií je dle jejich názoru a zkušeností v práci se seniory nejvíce efektivní. Respondenti uváděli více odpovědí, proto ve výsledcích opět neuvádím procentuální vyjádření.

terapie	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
rehabilitace	9	8	7	24
fyzioterapie	0	0	4	4
ergoterapii	2	2	6	10
bazální stimulace	1	4	0	5
canisterapie	8	9	3	20
muzikoterapie	9	10	6	25
reminiscenční	3	8	1	12
trénování paměti	7	14	5	**26**
felinoterapie	1	0	1	2
všechny	1	3	0	4

Tabulka č. 38: Nejefektivnější terapie



Graf č. 31: Nejefektivnější terapie

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že v práci se seniorce je nejvíce efektivní t**rénování paměti**, tato odpověď byla označena 26x. Následuje **muzikoterapie**, která je seniory velmi oblíbená a byla označena 25x. Toto lze zdůvodnit tím, že prvky muzikoterapie lze aplikovat u osob mobilních i imobilních, komunikujících i nekomunikujících, formou skupinovou i individuální. Za velmi efektivní u seniorů je považován **rehabilitace**, která přispívá k zlepšení mobility seniorů (označena 24x). Dále **canisterapie** (20x), ta je seniory obzvláště oblíbená. **Reminiscenční terapie** byla uvedena 12x, **ergoterapie** 10x**, fyzioterapie** 4x, **felinoterapie** 2x. Všechny terapie považují za efektivní 4 dotazovaní (tabulka č. 38, graf č. 31).

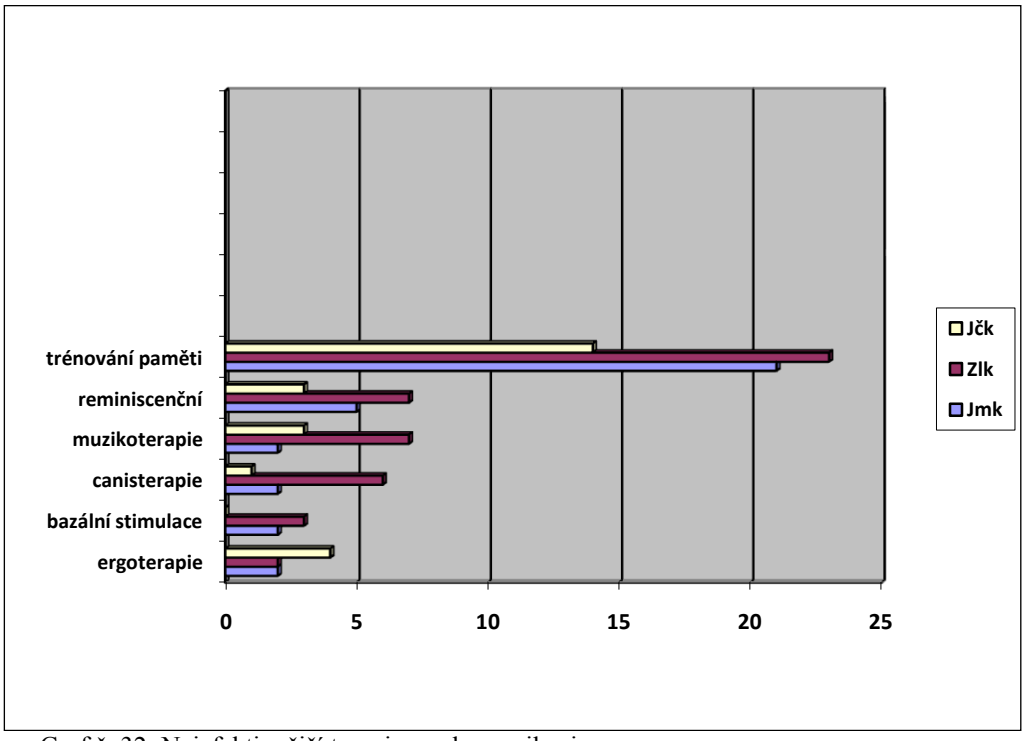
Dle mého názoru jsou také efektivní všechny prováděné terapie a těžko bych volila tu nejefektivnější. Každá je účinná jiným způsobem a záleží na individuálních potřebách každého seniora

<u>Otázka č. 26:</u> Nejefektivnější terapie pro komunikaci

V případě položené otázky byli respondenti vyzváni, aby se na základě zkušeností vyjádřili k tomu, kterou z terapií považují za nejefektivnější v práci se seniory pro obnovu nebo podporu komunikace.

terapie	Jmk	Zlk	Jčk	celkem
ergoterapii	2	2	4	8
bazální stimulace	2	3	0	5
canisterapie	2	6	1	9
muzikoterapie	2	7	3	12
reminiscenční	5	7	3	15
trénování paměti	21	23	14	**58**

Tabulka č. 39: Nejefektivnější terapie pro komunikaci



Graf č. 32: Nejefektivnější terapie pro komunikaci

Respondenti měli možnost volné odpovědi a nejčastěji odpovídali, že dle jejich názoru a zkušeností je pro komunikaci u seniorů nejefektivnější **trénink paměti.** Tato odpověď byla odpovídajícími napsána 58x. Za druhou nejefektivnější terapii pro

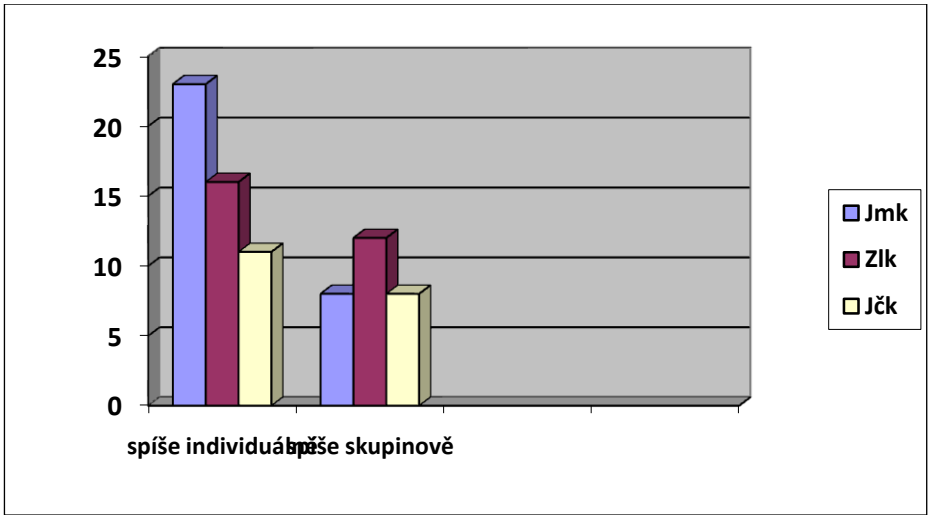
obnovu nebo podporu komunikace u seniorů uváděli **vzpomínkovou-reminiscenční terapii** (15x), **muzikoterapii** (12x), 9x napsali respondenti seniory oblíbenou **canisterapii**. **Ergoterapie** byla označena 8x a **bazální stimulace** 5x (tabulka č. 39, graf č. 32).

Otázka č. 27: Forma provádění terapií

V případě položené otázky byli respondenti (v celkovém počtu 78) vyzváni, aby napsali, jakou formou jsou terapie se seniory nejčastěji prováděny.

forma	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
spíše individuálně	23	16	11	50	**64,1**
spíše skupinově	8	12	8	28	35,8

Tabulka č. 40: Forma provádění terapií



Graf č. 33: Forma provádění terapií

Jak vyplývá z odpovědí, 50 respondentů (**tj. 64,1 %**) odpovědělo, že terapie jsou nejčastěji prováděny **individuálně**.
Provádění terapií spíše **skupinovou formou** uvedlo 28 odpovídajících (**tj. 35,8**). (tabulka č. 40, graf č. 33).

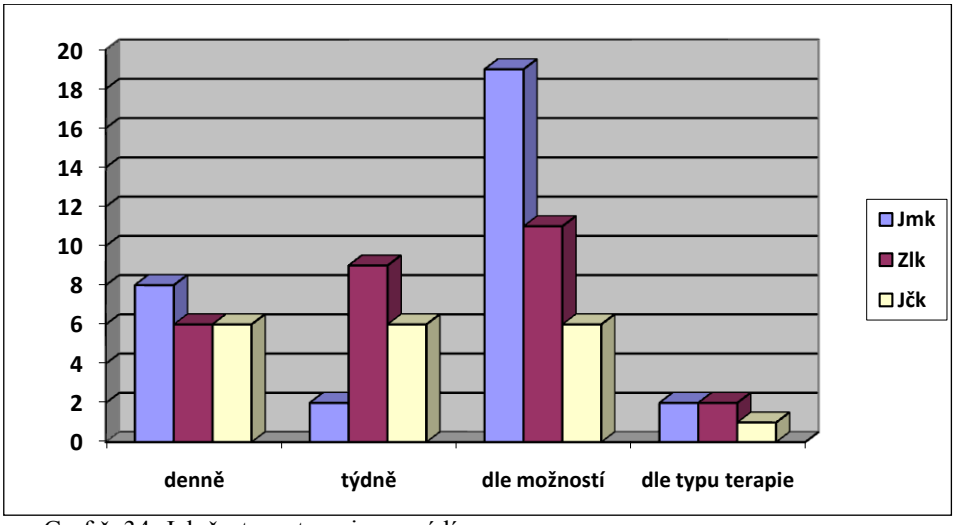
Lze tedy konstatovat, že terapie jsou prováděny dle zájmu, potřeb a aktuálního zdravotního stavu seniorů, že je i při jejich plánování a provádění je kladen velký důraz na individualitu jednotlivců.

<u>Otázka č. 28</u>: Jak často se terapie provádí

Zde byli respondenti (v celkovém počtu 78) vyzváni, aby uvedli, v jakém časovém horizontu jsou terapie se seniory prováděny.

	Jmk	Zlk	Jčk	celkem	%
denně	8	6	6	20	25,6
týdně	2	9	6	17	21,7
dle možností	19	11	6	36	**46,1**
dle typu terapie	2	2	1	5	6.4

Tabulka č. 41: Jak často se terapie provádí



Graf č. 34: Jak často se terapie provádí

Nejvíce respondentů, 36 (tj. 46,1 %) uvádí, že to, jak jsou terapie často prováděny, je závislé především na možnostech zařízení, a to finančních, personálních, ale také na zdravotním stavu a skladbě uživatelů. Ve 20 domovech pro seniory (tj. 25,6 %) jsou terapie prováděny denně, 17 respondentů (tj. 21,7 %) označilo odpověď „týdně“. V 5 případech (tj. 6.4 %) oslovení uvedli, že to, jak jsou terapie často prováděny se odvíjí od toho, o jaký typ prováděné terapie se jedná (tabulka č. 41, graf č. 34).

4.4 Závěry šetření

Hlavním cílem výzkumné části bylo zjištění, **zda se uskutečňuje logopedická péče u seniorů, žijících v rezidenčním prostředí domovů pro seniory**, u nichž došlo k narušení komunikační schopnosti vlivem demence či Alzheimerovy choroby, Parkinsonovy choroby nebo jako důsledek cévní mozkové příhody. Bylo zjištěno, že **ne u všech poskytovatelů sociálních služeb je samozřejmostí poskytování logopedické péče** a zabývání se komunikační schopností geriatrických osob. Lze ale také konstatovat, že většina poskytovatelů a pracovníků v sociálních službách se již zabývá obnovou komunikační schopnosti seniorů a tato oblast jim není lhostejná.

Dílčími cíli mělo být zjištěno, **jakým způsobem je logopedická intervence organizována**, je-li seniorům poskytována. **Důvody pro které není logopedická intervence seniorům poskytována**. Dalším dílčím cílem bylo zjištění, **jak je logopedická intervence hodnocena**; a to jak respondenty, tak samotnými seniory, ošetřujícím personálem v přímé obslužné péči a rodinnými příslušníky seniorů. Dále mělo být zjištěno, **jaké spektrum terapií je seniorům žijícím v domovech pro seniory k dispozici, a která z prováděných terapií je nejefektivnější pro obnovení a podporu komunikační schopnosti.**

Dílčí cíl č. 1: Jakým způsobem je logopedická intervence organizována.

Na základě šetření bylo zjištěno, že **logopedická péče je nejčastěji** (tato skutečnost byla uvedena 28 respondenty z celkového počtu 34, kteří poskytují seniorům logopedickou péči) **poskytována logopedem, který za seniory dochází**, nebo naopak senioři dochází do logopedické ambulance. Logopeda působícího přímo v domově pro seniory uvedl jeden z odpovídajících. Jiný způsob poskytování logopedické péče nebyl uveden.

Dílčí cíl č. 2: Důvody, pro které není logopedická intervence seniorům poskytována. Pokud není logopedická péče seniorům poskytována, je hlavním důvodem to, že poskytovatel nemá dostatek finančních prostředků k zajištění podmínek pro její poskytování. Respondenti uváděli, že obnova komunikační schopnosti u seniorů je mnohdy opomíjena i ošetřujícím lékařem geriatrických osob, což byl druhý nejčastější důvod uvedený 15-ti respondenty. Jako další nejčastější důvod bylo uváděno, že senioři nemají zájem, nespolupracují, odmítají. Žádný respondent nezpochybnil důležitost poskytování logopedické intervence.

Dílčí cíl č. 3: Hodnocení logopedická intervence.

Velmi pozitivním se jeví zjištění, že **poskytování logopedické péče** seniorům v rezidenčním prostředí **považují za přínosné** a užitečné, **vedoucí pracovníci, pečující v přímé péči** i **rodinní příslušníci seniorů**. Důležitost péče si uvědomují **i samotní senioři**, kteří se také snaží s logopedem spolupracovat. Důvodem je zlepšení vzájemné komunikace. **Senioři mohou** pak **lépe vyjádřit svá přání, potřeby a pocity.** Z výzkumného šetření vyplynulo, že **nejvíce spolupracují** a důležitost logopedické péče si uvědomují **senioři**, jejichž komunikační schopnost je narušena **po cévní mozkové příhodě** a senioři s Parkinsonovou chorobou. V případě osoby s demencí a Alzheimerovou chorobou velmi záleží na tom, o jaké stadiu onemocnění se jedná. Senioři s demencí sice s logopedem spolupracují a zapojují se ochotně i do jiných aktivit, ale smysl těchto činností si neuvědomují.

Dílčí cíl č. 4: Jaké spektrum terapií je seniorům, žijícím v domovech pro seniory, k dispozici.

Kladným se je také zjištění, že poskytovatelé sociálních služeb se snaží o zlepšení zdravotního stavu nebo vyplnění volného času seniorů poskytováním nejrůznějších terapií a konceptů. Z nichž **nejefektivnější** se v praxi jeví **trénování paměti**. Efektivní je u seniorů **rehabilitace**, díky níž dochází ke zlepšení mobility, k větší samostatnost seniorů, a tím menší závislosti na pomoci druhé osoby. Za vysoce efektivní je považována také **muzikoterapie** a seniory velmi oblíbená **canisterapie.**

Dílčí cíl č. 5: Která z prováděných terapií je nejefektivnější pro obnovení a podporu komunikační schopnosti.

Vzhledem k podpoře a obnově komunikační schopnosti je považováno za nejefektivnější provádění **tréninku paměti a vzpomínková - reminiscenční terapie**. Také zde nachází své místo muzikoterapie a canisterapie.

Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že domovy pro seniory mají nejčastěji kapacitu 51- 100 uživatelů a nejvíce je zde zastoupena věková kategorie seniorů 76 – 89 let. Pečující se setkávají u seniorů s různými onemocněními, která doprovází období stáří. Jak vyplynulo z výsledků, ve všech domovech žijí senioři s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence, Parkinsonovou chorobou a **senioři po cévní mozkové příhodě**. Osoby po cévní mozkové příhodě, žijí ve všech oslovených domovech. V případě těchto osob **dochází** vlivem onemocnění také **k narušení schopnosti komunikovat**, jak uvedlo 63 (tj. 93,5 %) respondentů z celkového počtu 78. Narušena je jak expresivní stránka řeči, tak porozumění řeči. Nejčastěji se obtíže

v komunikaci vyskytnou právě u seniorů po prodělané mozkové příhodě, kdy největším problémem těchto osob je, že **si nevybavují slova**, jejich **řeč je nesrozumitelná**, **nejsou schopni se vyjádřit**, což ztěžuje ošetřovatelskou péči o tyto osoby. Z tohoto důvodu je již v některých domovech pro seniory takto postiženým seniorům poskytována logopedická péče. Její poskytování se jeví respondentům jako nejpotřebnější právě u seniorů po cévní mozkové příhodě, dále u osob s Parkinsonovou chorobou. Ta je nejčastěji uskutečňována logopedem, který dochází do zařízení, a to ve většině případů (jak uvedlo 14 respondentů z počtu 34) 1x týdně.

Pečující se snaží využívat při navazování kontaktu se seniory s narušenou komunikační schopností **některou z forem náhradní komunikace**, **nejčastěji** je využíváno **písmo, piktogramy a obrázky**, vzdělávají se v této oblasti, a to nejčastěji formou odborných přednášek a kurzů vedených odbornými lektory a pořádanými akreditovanými vzdělávacími agenturami. **Se seniory jsou prováděny** různé **terapie**, **nejčastěji rehabilitace, trénování paměti, canisterapie a muzikoterapie**, které kladně ovlivňují jejich celkový stav, a tím působí pozitivně i na komunikační schopnost. **V případě podpory komunikační schopnosti je jednoznačně za nejefektivnější považován trénink paměti**.

Na základě výsledků výzkumného projektu, lze konstatovat, **že problematikou obnovy a podpory komunikace a poskytování logopedické intervence seniorům, se začínají zabývat i poskytovatelé sociálních služeb**, kde byla tato oblast doposud opomíjena, uvědomují si, jak je schopnost komunikovat pro člověka důležitá. Toto usuzuji z toho, že žádný z respondentů neuvedl, že by poskytování logopedické intervence bylo, dle jeho názoru nebo zkušeností, nepotřebné a nedůležité. **V rámci zkvalitnění celkové péče uvažuje o logopedické péči pro seniory s obtížemi v komunikaci 48 (tj. 61,5 %) odpovídajících z celkového počtu 78.**

Závěrem shrnutí bych ráda vymezila **návrh pro praxi**, jenž by mohl dopomoci ke zlepšení současné situace. Důležité je vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Bylo by proto jistě přínosem vzdělání některého pracovníka v každém domově pro seniory, v oboru speciální pedagogiky, logopedie-surdopedie. Přínosné a především více dostupné a snadněji realizovatelné by bylo, kdyby se jeden z pracovníků, více zabýval komunikací, způsoby komunikace se seniory, systémy alternativní a augmentativní komunikace a jejich využitím u osob, u nichž byla komunikační schopnost narušena nebo jim byla zcela znemožněna

Závěr

V diplomové práci jsem se zabývala problematikou narušení komunikační schopnosti a poskytování logopedické intervence osobám seniorského věku, žijícím v rezidenčním prostředí domovů pro seniory. Zaměřila jsem se na osoby, u nichž došlo k obtížím v procesu komunikace díky nepříznivému vlivu onemocnění, a to konkrétné Alzheimerovy choroby, ale i jiného typu demence, Parkinsonovy choroby nebo cévní mozkové příhody. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola je věnována stáří a stárnutí, vědám zaměřeným na tato období lidského života. Dále terapiím a konceptům uplatňujícím se v péči o gerontologické osoby. Druhá kapitola podrobně popisuje syndrom demence, Alzheimerovu chorobu, Parkinsonovu chorobu a cévní mozkovou příhodu. Třetí kapitola se zaměřuje především na narušenou komunikační schopnost a logopedickou intervenci poskytovanou osobám ve stáří. Podrobně se zaměřuji na poruchy, které vznikají na základě onemocnění uvedených v kapitole předchozí, tj. afázii a dysartrii.

V praktické části jsem použila kvantitativní výzkum s využitím dotazníkové techniky. Výzkumné šetření jsem zaměřila na postoje pracovníků v sociálních službách, kteří pracují se seniory v rezidenčním prostředí domovů pro seniory. Zajímalo mne, zda je seniorům, u kterých došlo k narušení komunikační schopnosti poskytována logopedická intervence, důvody proč tomu tak není, názory pracovníků, postoje rodinných příslušníků a samotných seniorů prostřednictvím respondentů. Z celkového šetření vyplývá, že není ještě zcela samozřejmostí poskytovat seniorům v domovech pro seniory logopedickou péči a navazovat tak na péči a práci logopeda poskytovanou v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo neurologických odděleních. Lze doufat, že tak jak se stalo běžným poskytovat a provádět se seniory jiné terapie stane se samozřejmostí i poskytování logopedické péče, vedoucí ke zlepšení jejich komunikační schopnosti, která představuje jednu z nejdůležitějších schopností člověka.

„ Je mnohem snazší vědět, co má být učiněno, než to učinit.“

J. M. Zgola

Resumé

Diplomová práce se zabývá pozdními fázemi ontogeneze člověka - stářím a stárnutím - jenž jsou neodmyslitelnou součástí lidského života. Přináší informace o současných trendech v péči o seniory, o institucionální péči dané zákonem o sociálních službách. Popisuje některá typická onemocnění a chorobné procesy, které období stáří mohou provázet. Autorka práce poukazuje na narušení komunikační schopnosti, ke kterému může docházet v důsledku vlivu některého z procesů, které jsou charakteristické pro seniorské období. Dále se autorka vyjadřuje k logopedické intervenci u osob ve stáří. Této problematice je věnováno výzkumné šetření, které zkoumá logopedickou intervenci v rezidenčním prostředí pro seniory.

Summary

This thesis deals with the late stages of ontogeny of a temporary man - senescence and ageing - which are essential parts of human life. Author provides with information on current trends in taking care of the elderly, about institutions caring for seniors according the Social Services Act. There are described several conditions and diseased processes that may accompany people in old age. Author focuses on the impaired communication ability, which might be caused by the present pathological process that are so frequent in the period of senescence. Furthermore the author gives voice to speech therapy for the elderly. There is the displayed research in the field of providing speech therapy in the environment of residential home for seniors.

Seznam literatury:

CSÉFALVAY, Zsolt. KOŠŤÁLOVÁ, Milena, KLIMEŠOVÁ, Marta, ***Diagnostika a terapie afázie, alexie, agrafie.*** 1. vyd. Asociace klinických logopedů ČR, 2003. 54 s. ISBN 80-903312-0-3

CSÉFALVAY, Zsolt. ***Terapie afázie.*** In LECHTA, Viktor a kol., ***Terapie narušené komunikační schopnosti.*** 1. vyd. Praha: Portál 2005. 392 s. ISBN 80-7178-961-5

CSÉFALVAY, Zsolt a kol. ***Terapie afázie.*** 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 176 s. ISBN 978- 80-7367-316-1

BAŠTECKÝ, Jaroslav. KÜMPEL, Quido, VOJTĚCHOVSKÝ, Miloš a kol., ***Gerontopsychiatrie.*** 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 311s. ISBN 80-7169070-8

DOSTALOVÁ, Šárka. ***Arteterapie.*** In PIPEKOVÁ, Jarmila a kol., ***Nové trendy v péči o tělesně postižené u nás – terapie***. In. VÍTKOVÁ, Marie a kol***., Integrativní speciální pedagogika***. 1. vyd. Brno: Paidio 1998. 181 s. 1. ISBN 80-85931-51-6

DVOŘÁK, Josef. ***Logopedický slovník.*** 1. vyd. Žďár nad Sázavou: logopedické centrum Logopedia Clinicp, 1998. 190 s.

GAVORA, Petr. ***Úvod do pedagogického výzkumu*****.** 1. vyd. ISBN 80-85931-79-6.

HAPALOVÁ, Radka, vedoucí práce doc. PhDr. Mühlpachr Pavel, Ph.D. ***Péče o seniory s demencí.*** Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2009**.** Bakalářská práce. Obhájena 1. 6. 2009 MU Brno.

HOLMEROVÁ, Iva. JANEČKOVÁ, Hana, NIKLOVÁ, Dagmar, ***Na pomoc pečujícím rodinám.*** 1. vyd. Česká alzheimerovská společnost 2007. 24 s. ISBN 80-86541-23-1

HOLMEROVÁ, Iva. JURÁŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa. ***Vybrané kapitoly z gerontologie***. 1. vyd. GEMA 2002.110 s. Studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR

HOLMEROVÁ, Iva, JURÁŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa. ***Vybrané kapitoly z gerontologie***. 2. doplněné vydání. ČSLA 2003, 88 s.ISBN80-86541-12-6

HOLMEROVÁ, IVA, JAROLÍMOVÁ, Eva, NOVÁKOVÁ, Helena. ***Alzheimerova nemoc v rodině.*** 1. vyd. Praha: Grafit, 2004. 97s.

HRDLIČKA, Michal, HRDLIČKOVÁ, Darina, ***Demence a poruchy paměti.*** *Pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 56 s. ISBN 80-7169-797-4

JANEČKOVÁ, Hana. ***Sociální práce se starými lidmi.*** In MATOUŠEK, Oldřich a kol. ***Sociální práce v praxi.*** 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 352. ISBN 80-7367-002-X

JEDLIČKA, Václav a kol. ***Praktická gerontologie***. 1. vyd. Brno: Idvzp,1191. 182 s. ISBN 80-7013-109-8

JIRÁK, Roman. ***Organicky podmíněné duševní poruchy, včetně symptomatických***. In ZVOLSKÝ, Petr a kol. ***Speciální psychiatrie***. 1. vyd. Praha: Karolinum 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6

KAULFUSSOVÁ, Jitka. ***Dysfagie.*** In ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. ***Klinická logopedie.*** Vyd. 1. Praha: Portál 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. ***Logopedie v ošetřovatelské praxi.*** 1. vyd. Praha. Grada 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3

KLENKOVÁ, Jiřina. ***Logopedie.*** 1. vyd. Praha: Grada 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9

KLENKOVÁ, Jiřina. ***Terapie v logopedii.*** 1. vyd. Masarykova univerzita 2007. ISBN 978-80-210-4463-0

KOBIERSKÁ, P. ***Videotrénink interakcí a možnosti jeho využití v oblasti péče o seniory.*** In. Kolektiv. *Lidská práva a současný život seniorů v ČR*. Sborník příspěvků z konference Svět seniorů. Kroměříž: Klub UNESCO, 1999.

KOVÁŘOVÁ, Petra, vedoucí práce doc. PhDr. Mühlpachr Pavel, Ph.D. ***Kvalita života v období stárnutí a stáří***. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2006. Diplomová práce. Obhájena 1. 6. 2006 MU Brno.

LECHTA, Viktor. ***Logopedické repetitorium***. 1. vyd. Bratislava, SNP 1990. ISBN 80-08-0047-9.

LECHTA, Viktor et al.: ***Diagnostika narušené komunikační schopnosti***. 1. vyd. Praha, Portál 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor a kol. ***Terapie narušené komunikační schopnosti.*** 1. vyd. Praha: Portál 2005. S. 392 ISBN 80-7178-961-5

LEJSKA, M. ***Poruchy verbální komunikace a foniatrie.*** 1. vyd. Brno: Paido 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7

LOVE, Russell J., WEBB, Wanda G. ***Mozek a řeč:*** *neurologie nejen pro logopedy.* 1. vyd. Praha: Portál 2009. 372 s. ISBN 978-80-7367-464-9

MALÍKOVÁ, Eva. ***Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních***. 1. vyd. Praha. Grada 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3143-3

MÜHLPACHR, Pavel (ed.). ***Schola Gerontologica***. 1. vyd. Brno: MU 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1

MÜHLPACHR, Pavel. ***Gerontopedagogika.*** 1. vyd. Brno: MU 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2

MÜLLER, Oldřich. ***Terapie ve speciální pedagogice.*** 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého 2005. 300 s. ISBN 80-244-1075-3

NEUBAUER, Karel, ***Dysartrie.*** In**.** ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. ***Klinická logopedie***. Vyd. 1. Praha: Portál 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6

NEUBAUER, Karel. ***Logopedická péče o dospělé osoby s poruchou řečové komunikace.*** In**.** ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. ***Klinická logopedie***. Vyd. 1. Praha: Portál 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6

NEUBAUER, Karel. ***Dysartrie.*** In LECHTA, Viktor a kol. ***Terapie narušené komunikační schopnosti.*** 1. vyd. Praha: Portál 2005. 392 s. ISBN 80-7178-961-5

NEUBAUER, Karel a kol. ***Neurogenní poruchy komunikace u dospělých.*** 1. vyd. Praha: Portál 2007. 227 s. ISBN 978-80-7367-159-4

PACOVSKÝ Vladimír, HEŘMANOVÁ Hana, ***Gerontologie.*** 1. vyd. 304 s. ISBN 80-85931-65-6

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. ***Nové trendy v péči o tělesně postižené u nás – terapie***. In. VÍTKOVÁ, Marie a kol***. Integrativní speciální pedagogika***. 1. vyd. Brno: Paidio 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6

PETŘKOVÁ, Anna, ČORNANIČOVÁ. Rozália, ***Gerontagogika: úvod do teorie a praxe.*** 1. vyd. Olomouc: Univsita Palackého 2004 ISBN 80-244-0879-1

RHEINVALDOVÁ, Eva. ***Novodobá péče o seniory***. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8

SOVÁK, Miloš. ***Uvedení do logopedie***. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. 327 s.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. ***Klinická logopedie.*** 1. vyd. Praha: Portál 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6

ŠVANCARA, Josef. ***Psychologie stárnutí a stáří.*** 1. vyd. Praha: SPN, 1983

TOPINKOVÁ, Eva. ***Jak správně a včas diagnostikovat demenci***. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999. 88 s.

VITÁSKOVÁ, Kateřina, PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. ***Logopedie.*** 1. vyd. Olomouc: 2005. 182 s. ISBN 80-244-1088-5

VÍTKOVÁ, Marie (ed.). ***Integrativní speciální pedagogika***. 1. vyd. Brno: Paidio 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9

ZGOLA, Jitka M. ***Úspěšná péče o člověka s demencí***. 1. vyd. Praha: Grada 2003. 232 s. ISBN 80-2470183-9

ZVOLSKÝ, Petr a kol. ***Obecná psychiatrie.*** 1. vyd. Praha: Karolinum 2003. 192 s. ISBN 80-7184-494-2

Časopisy:

Lidé s Alzheimerovou nemocí potřebují respekt. *Komfort*. Dvouměsíčník nejen pro odbornost. Slaný: Vinet spol. s. r. o., 2008/č.1, s. 4-7

Novinky v léčbě Alzheimerovy choroby. Sestra. Odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Strategie. 1997/č. 4 s. 11

„Druhý pacient". Sestra. Odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Strategie. 1998/č. 5, s. 16-17

Holmerová, Iva. *Boj s Alzheimerovou demencí pokračuje. Sestra*. Odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Strategie. 1999/č. 8, s. 6

Hermanová, Marie, Chudobová, Lenka. *Standardní plán ošetřovatelské péče u pacienta s diagnózou Alzheimerova choroba. Sestra*. Odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha: Strategie 2000/č.6, s. 7-8

Konyvková, Alica., *Alzheimerova nemoc – práce s pacientem. Sestra*. Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta a.s., 2006/č. 12, s. 41

Martincová, Jana., Krůčková, Eva. *Návaznost ošetřovatelské péče u klienta s Alzheimerovou chorobou. Sestra*. Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta a.s., 2007/č. 6, s. 32-33

Janečková, Hana, Holmerová, Iva, Vaňková, Hana, Kašlíková, Tatjana. *Úloha vzpomínek při práci se seniory*. *Rezidenční péče.* Odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče.Praha: Marcom spol.s.r.o., 2008/1, s. 18-19

Friedlová, Karolína. *Koncept bazální stimulace. Rezidenční péče*. Odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Praha: Marcom spol.s.r.o., 2008 /č. 2, s. 18-19

Hermanová, Marie. *Strategie moderní gerontologie. Zpravodaj* Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Olomouc: APSS, 2006/1, s. 6-7

Holmerová, Iva a kol. *Péče o lidi postižené demencí. Zpravodaj* Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Tábor: APSS, 2008/č. 2, s. 7

Holmerová, Iva. *Péče o osoby s demencí*. Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Tábor: APSS, 2008/č. 3 s. 12-14

Holmerová, Iva. *Jde o Alzheimerovu chorobu?* Praha: ČSLA , 2002. 24. s.

Volšická, Jiřina. *Parkinsonova nemoc a canisterapie. Parkinson*. Časopis společnosti Parkinson. Brno: Grafika. 2004/č. 5, s. 13-14, ISSN 1212-0189

Bachurová, Hana, Housarová Blanka. *Komunikace a řeč osob s PN. Parkinson.* Časopis společnosti Parkinson. Brno: Grafika. 2005/č. 5, s. 17, ISSN 1212-0189

Kramerová, Michaela. *Porucha polykání – dysfagie. Parkinson.* Časopis společnosti Parkinson. Brno: Grafika. 2010/č. 30, s. 4, ISSN 1212-0189

Legislativa:

Stručný průvodce zákonem o sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2006

Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění k 1. 1. 2007, *o sociálních službách*

Elektronické zdroje:

http://www.prvnikrok.cz/detail-infomaterialy.php?polozka=237 , 9. 3. 2010

http://www.zdn.cz/oborove-specialy/ergoterapie/, 9. 10 .2010

http://animoterapie.cz/lecebne-ucinky-animoterapie.htm, 2.10. 2010

http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/reminiscencni-terapie, 9.3.2010

http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/reminiscencni-terapie, 28.10. 2010

http://www.lekarskeknihy.cz/?id=80-7178-949-6, 20.10. 2010

http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php,15.3.2010

http://www.ordinace.cz/parkinsonova- choroba/,17. 3. 2010

http://www.parkinson-cz.net/forum3/ns_spolecnost.php,15. 4. 2010

http://klinikazdravi.cz/komentare/cevni-mozkova-prihoda/, Jan Fiksa, 11. 3. 2010

Seznam tabulek a grafů:

Tabulka č. 1: Specifické geriatrické syndromy
Tabulka č. 2: Bostonská klasifikace:
Tabulka č. 3: Pracovní pozice
Tabulka č. 4: Délka praxe
Tabulka č. 5: Kapacita zařízení
Tabulka č. 6: Věkové kategorie
Tabulka č. 7: Senioři s dg. ACH/demence
Tabulka č. 8: Senioři s dg. PCH
Tabulka č. 9: Senioři po CMP
Tabulka č. 10: Potíže ve vyjadřování
Tabulka č. 11: Potíže s porozuměním
Tabulka č. 12: Obtíže v komunikaci u ACH / demence
Tabulka č. 13: Obtíže v komunikaci u PCH
Tabulka č. 14: Obtíže v komunikaci u CMP
Tabulka č. 15: Narušení KS u ACH/ demence
Tabulka č. 16: Narušení KS u PCH
Tabulka č. 17: Narušení KS po CMP
Tabulka č. 18: Logopedická péče u seniorů
Tabulka č. 19: Důvody neposkytování logopedická péče
Tabulka č. 19: Způsob poskytování logopedické intervence
Tabulka č. 20: Jak často je péče poskytována
Tabulka č. 21: Spolupráce seniorů s logopedem
Tabulka č. 22: Spolupráce dle typu onemocnění
Tabulka č. 23: Uvědomování si důležitosti logo. péče
Tabulka č. 24: Uvědomování si důležitosti péče dle diagnózy
Tabulka č. 25: Přínos logopedické péče
Tabulka č. 26: Nutnost péče
Tabulka č. 27: Důležitost péče dle diagnózy
Tabulka č. 28: Potřeba a užitečnost péče z pohledu respondenta
Tabulka č. 29: Přínos péče z pohledu pracovníků
Tabulka č. 30: Přínos péče z hlediska rodinných příslušníků
Tabulka č. 31: Logopedická péče v rámci zkvalitnění péče

Tabulka č. 32: Způsob komunikace
Tabulka č. 33: Využití náhradní komunikace
Tabulka č. 34: Forma náhradní komunikace
Tabulka č. 35: Proškolení pracovníků
Tabulka č. 36: Forma proškolení
Tabulka č. 37: Poskytované terapie
Tabulka č. 38: Nejefektivnější terapie
Tabulka č. 39: Nejefektivnější terapie pro komunikaci
Tabulka č. 40: Forma provádění terapií
Tabulka č. 41: Jak často se terapie provádí

Graf č. 1: Pracovní pozice
Graf č. 2: Délka praxe
Graf č. 4: Kapacita zařízení
Graf č. 5: Věkové kategorie
Graf č. 6: Senioři s dg. ACH/demence, PCH, po CMP
Graf č. 7: Potíže ve vyjadřování
Graf č. 8: Potíže s porozuměním
Graf č. 9: Obtíže v komunikaci u ACH, PCH, CMP
Graf č. 10: Narušení KS u ACH/ demence
Graf č. 11: Narušení KS u PCH
Graf č. 12: Narušení KS po CMP
Graf č. 13: Logopedická péče u seniorů
Graf č. 14: Důvody neposkytování logopedická péče
Graf č. 15: Způsob poskytování logopedické intervence
Graf č. 16: Jak často je péče poskytována
Graf č. 17: Spolupráce seniorů s logopedem
Graf č. 18: Spolupráce dle typu onemocnění
Graf č. 19: Uvědomování si důležitosti logo. péče
Graf č. 20: Uvědomování si důležitosti péče dle diagnózy
Graf č. 21: Přínos logopedické péče
Graf č. 22: Nutnost péče
Graf č. 23: Důležitost péče dle diagnózy
Graf č. 24: Potřeba a užitečnost péče z pohledu respondenta

Graf č. 25: Přínos péče z pohledu pracovníků
Graf č. 26: Přínos péče z hlediska rodinných příslušníků
Graf č. 27: Logopedická péče v rámci zkvalitnění péče
Graf č. 28: Způsob komunikace
Graf č. 29: Formy proškolení pracovníků
Graf č. 30: Poskytované terapie
Graf č. 31: Nejefektivnější terapie
Graf č. 32: Nejefektivnější terapie pro komunikaci
Graf č. 33: Forma provádění terapií
Graf č. 34: Jak často se terapie provádí

Seznam příloh:

Příloha č. 1

Orientační test kognitivních funkcí, Mini Mental State Examination (MMSE)

Příloha č. 2

Test hodin

Příloha č. 3

Příznaky jednotlivých stadií demence Alzheimerova typ

Příloha č. 4

Jazykové funkce u hlavních typů afázie

Příloha č. 5

Důsledky sociální izolace pacientů s chronickou afázií

Příloha č. 6

Předpoklady odhalení kompetence u pacienta chronickou afázií

Příloha č. 7

Narušená komunikační schopnost u seniorů (dotazník pro poskytovatele sociálních služeb
– praktická část diplomové práce)

Příloha č. 1

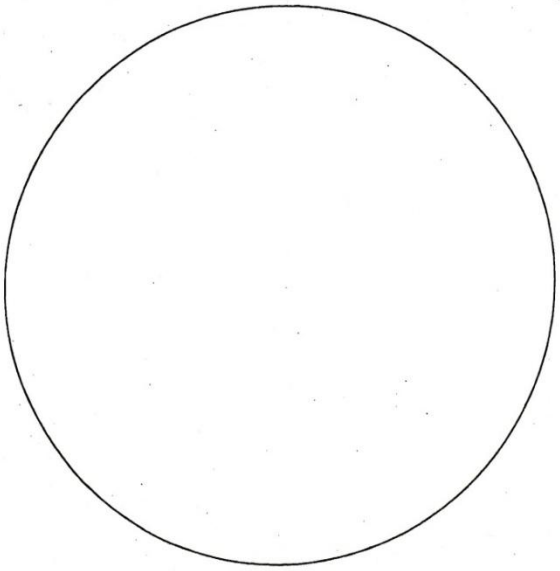
Test hodin

Jméno pacienta.....Datum ..... Test provedl .....

TEST HODIN

Je používán jako relativně citlivý test pro Alzheimerovu chorobu a jiné typy demence, které se zejména v počátečních stádiích projevují poruchami prostorového cítění

Test je jednoduchý. Požádáte pacienta, aby nakreslil do vyznačeného kruhu ciferník hodin a vyznačil určitou hodinu (například tři čtvrtě na tři).



Bodové hodnocení není vždy nutné, protože normou je správný ciferník a správně vyznačená hodina. Jakékoli odchylky, které nebyly pacientem opraveny je třeba považovat jako minimálně hraniční, ale spíše již patologický nález. Významné je zejména sledování vývoje tohoto testu.

(Shulman, K. I. - Gold, D. P.; 1983)

Příloha č. 2

Orientační test kognitivních funkcí

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Jméno pacienta.....Datum ..... Test provedl .....

A. Orientace

(na každou odpověď čekejte cca 10 vteřin) (max. 10 bodů)

- Který je nyní rok?
- Které je nyní roční období?
- Můžete mi říci dnešní datum?
- Který je den v týdnu
- Který je nyní měsíc *(v prvním dnu měsíce hodnoťte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce hodnoťte jako správný i následující měsíc)*
- Ve které jsme zemi?
- Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení) - název nemusí být přesný
- Ve kterém jsme poschodí

B. Zapamatování

"Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, protože se Vás na ně zeptám znovu za několik minut." *Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy:*

- lopata
- šátek
- váza

"Prosím, opakujte tato slova"

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte bod za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Tím končí hodnocení tohoto bodu.

(pozn. Pro hodnocení další je důležité, jestliže pacient nezopakuje všechny tři pojmy, abyste je opakovali, než se to nemocný naučí, nanejvýše pětkrát.. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost").

C. Pozornost a počítání

"Začněte od 100 a odečítejte po 7, prosím". *Skončete po 5 odečtech. Jestliže se nemocný zmýlí a výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu (pokud neudělá další).*

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65

*Jestliže nemocný nemůže nebo nechce počítat, požádejte, aby zpětně hláskoval slovo **POKRM**. Skóre představuje počet písmen ve správném pořadí.*

D. Výbavnost

"Teď, prosím, řekněte ta tři slova, která jste si měli zapamatovat" *(na odpověď cca 10 vteřin).*

- lopata
- šátek
- váza

E. Pojmenování předmětu

- "Jak se to jmenuje?" (ukažte náramkové hodinky)
- "Co to je?" (ukažte tužku)

F. Opakování

"Opakujte to, co nyní řeknu"

- "Žádná kdyby nebo ale" (na odpověď dejte 10 vteřin, bod dejte jen za celou větu a jen na první pokus)

G. Třístupňový příkaz

Přečtěte vyšetřovanému následující příkaz a dejte mu do ruky kus (čtvrtku) prázdného papíru.

"Vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu" . Čas na tento úkol: cca 30 vteřin. Hodnotíme bodem

- pravá ruka
- složení na polovinu
- položení na podlahu

H. Čtení a vykonání psaného příkazu.

Ukažte vyšetřovanému kartu s nápisem "Zavřete oči". "Přečtěte pokyn na papíru a udělejte, co žádá."

- přidělte bod, pokud pokyn vykoná po maximálně třech výzvách

I. Psaní

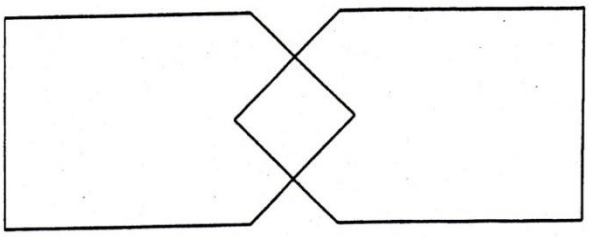
Dejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej: "Napište jakoukoli větu"

- Za třicet vteřin zhodnoťte, zda má smysl, podmět i přísudek. Pravopisné chyby nevadí.

J. Obkreslování

Dejte vyšetřovanému papír a tužku . Požádejte jej, aby obkreslil obrazec. Ponechte několik pokusů během 1 minuty

- Hodnoťte jako správné, pokud se obrazce prolínají.



Zatrhávejte tečky u správných odpovědí.

HODNOCENÍ TESTU:

Počet bodů(zatrhnutých teček)...../30 maximum

(Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R.: Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiat. Res. 12, 1975: 196-198)

testovník

Příloha č. 3

Stadium	Charakteristika
Stadium I - lehké	Učení se novému je narušeno, vybavování z dlouhodobé paměti je narušeno mírně. V řeči jsou patrné poruchy vybavování slov a obtíže v porozumění humoru, analogii, zobecňování. Pacient může působit zpomaleně, nechápavě a někdy neiniciuje rozhovor v situacích, kdy by to bylo vhodné. Může být lhostejný, úzkostný, popudlivý.
Stadium II – středně pokročilé	Závažnější postižení krátkodobé i dlouhodobé paměti, zmenšuje se slovní zásoba. Pacient opakuje myšlenky, zapomíná témata, má obtíže uvažovat v obecných pojmech, ztrácí schopnost empatie vůči konverzačním partnerům, nedokáže opravit chyby. Je narušeno porozumění, řečová produkce může být založena na žargonu a parafrázích. Pacient je ve zvýšené míře netečný, popudlivý a neklidný.
Stadium III - těžké	Paměť – stejně jako jiné rozumové funkce – je výrazně narušena. Řečová produkce je jen málokdy smysluplná, u některých pacientů převládá mutismus nebo pouze produkce echolálií. Motorické funkce jsou narušeny rigiditou a flekčním postavením.

Příznaky jednotlivých stadií demence Alzheimerova typu (Love, Webb, 2009, s. 275)

Příloha č. 4

Afázie	Spontánní řečová produkce	Porozumění	Opakování	Čtení	Psaní
Brocova	nonfluentní	+	-	+ -	+
Wernickeho	fluentní	-	-	-	paragrafie
kondukční	fluentní	+		+	
globální	nonfluentní až mutismus	-	-	-	-
anomická	fluentní, obtíže s vybavováním slov	+	+	+	+
transkortikální motorická	nonfluentní	+	+	+	-
transkortikální senzorická	fluentní	-	+	+	-
smíšená transkortikální (syndrom izolace řečových zón)	nonfluentní	-	+	-	paragrafie

Jazykové funkce u hlavních typů afázie (Love, Weeb, 2009, s. 246)

Příloha č. 5

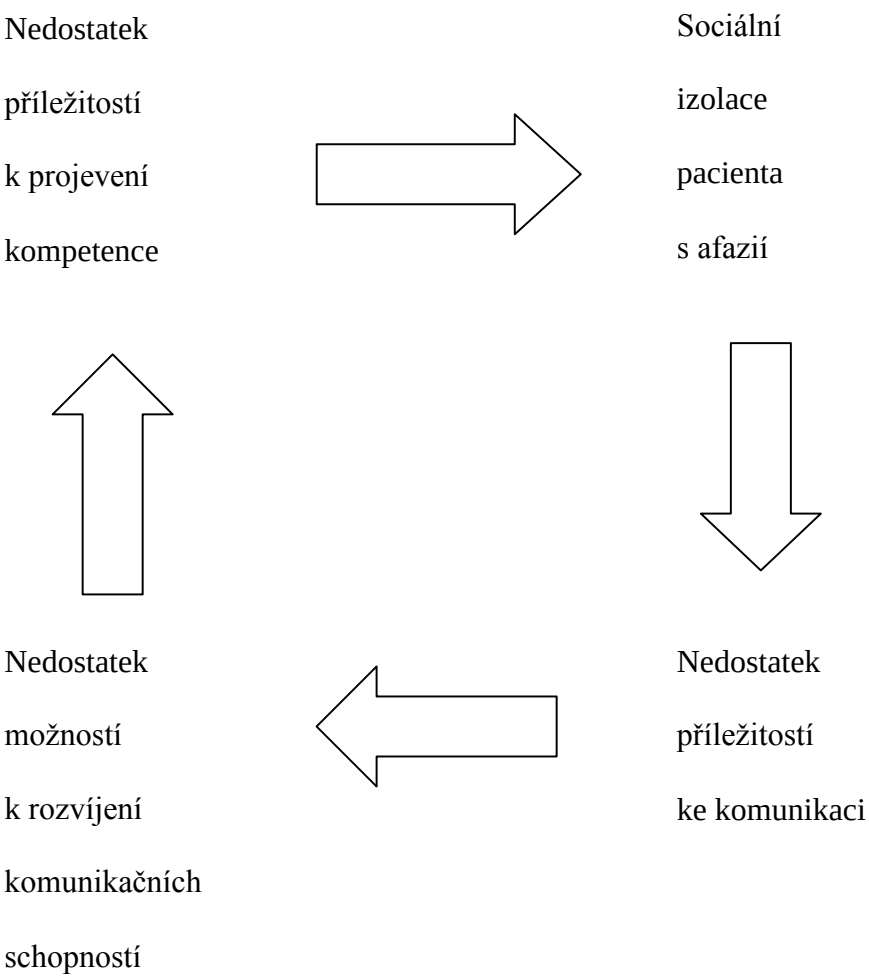


Schéma: Důsledky sociální izolace pacientů s chronickou afázií (upraveno podle Kaganové, 1998). (Cséfalvay Z., 2007, s. 68)

Příloha č. 6

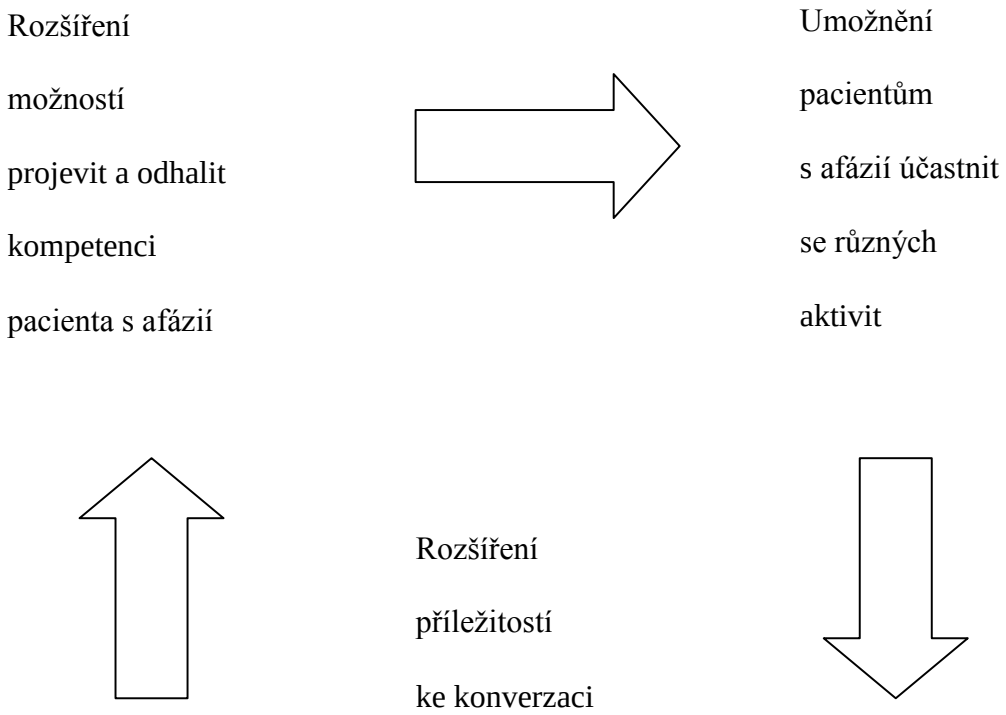


Schéma: Předpoklady odhalení kompetence u pacienta chronickou afázií (upraveno podle Kaganové, 1998) (Cséfalvay Z., 2007, s.69)

Příloha č. 7

Dotazník - šetření k diplomové práci

Narušená komunikační schopnost u seniorů

1. Uveďte prosím Vaši pracovní pozici a délku praxe v práci se seniory

a) ředitel/ka zařízení

b) vrchní sestra

c) vedoucí zdravotnického úseku

d) zdravotní sestra, pečovatelka

e) sociální pracovnice

f) jiná…….

- délka Vaší praxe je:

a) 1 – 5 let

b) 6 – 12 let

c) 13 – 20 let

d) 20 a více let

2. Uveďte prosím jaká je kapacita vašeho zařízení?

a) do 20-ti uživatelů

b) 21 - 50

c) 51 – 100

d) 101 - 150

e) 150 a více

3. Která věková kategorie má nejširší zastoupení?

a) do 60-ti let

b) 61 – 75 let

c) 76 – 89 let

d) 90 a více let

4. Žijí ve vašem zařízení senioři, u nichž byla diagnostikována Alzheimerova choroba nebo jiný typ demence?

a) ano

b) ne

5. Žijí ve vašem zařízení senioři, u nichž byla diagnostikována Parkinsonova choroba

a) ano

b) ne

6. Žijí ve vašem zařízení senioři, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu?

a) ano

a) ne

7. Setkal/a jste se u takto postižených osob s obtížemi v komunikaci?

- s potížemi ve vyjadřování řeči

a) spíše ano

b) spíše ne

- s problémy s porozuměním řeči

a) spíše ano

b) spíše ne

8. Uveďte prosím, u kterého typu postižení jste se z výše zmíněnými problémy setkal/a?

- u Alzheimerovy choroby / demence

a) ano

b) ne

- pokud ANO, můžete prosím velmi stručně popsat charakter potíží

……

……

- u Parkinsonovy choroby

a) ano

b) ne

- pokud ANO, můžete prosím velmi stručně popsat charakter potíží

……

……

- po prodělání cévní mozkové příhody

a) ano

b) ne

- pokud ANO, můžete prosím velmi stručně popsat charakter potíží

……

……

9. Je u seniorů s těmito postiženími a s problémy v komunikaci a řeči prováděna logopedická péče?

a) ano

b) ne, uveďte prosím důvod/y a **pokračujte otázkou č. 15**

- nespolupracujeme s logopedem
- senioři s těmito diagnózami nemají zájem
- senioři nespolupracují, odmítají
- není doporučena /naordinována ošetřujícím lékařem
- nemáme možnost z finančních nebo jiných důvodů
- není to důležité, jiné terapie jsou účinnější /prospěšnější

10. Logopedická péče je prováděna:

a) logopedem přímo ve vašem zařízení

b) logoped do zařízení dochází

c) uživatelé dochází / jsou dopravováni do logopedické ambulance

d) jinak (prosím, napište jak)

……

11. Jak často logopedická péče probíhá?

a) jednou týdně

b) jednou za 2 týdny

c) v jiném časovém intervalu ……..

12. Snaží se senioři spolupracovat?

a) spíše ano

b) spíše ne

c) někteří– u Alzheimerovy choroby/demence – Parkinsonovy choroby – po CMP

13. Uvědomují si důležitost logopedické péče?

a) ano

b) ne

c) někteří – u Alzheimerovy choroby/demence – Parkinsonovy choroby – po CMP

14. Je pro ně přínosná?

a) spíše ano, lépe mohou vyjádřit přání, pocity

- jiný přínos (event. stručně prosím popište)……

b) spíše ne

c) nedovedu posoudit

15. Je nebo byla by logopedická péče z Vašeho pohledu nutná u všech uživatelů, u kterých se vyskytly problémy v komunikaci?

a) spíše ano

b) spíše ne

c) nedovedu posoudit

16. Uveďte prosím, u kterého postižení je dle Vašeho názoru nebo zkušenosti logopedická péče nejpotřebnější

a) po cévní mozkové příhodě

b) u Alzheimerovy choroby /demencí

c) u Parkinsonovy choroby

d) u všech

d) nedovedu posoudit

17. Je z Vašeho pohledu logopedická péče u seniorů potřebná a užitečná?

a) spíše ano

b) spíše ne

c) pouze u některých

d) nedovedu posoudit

18. Je přínosná z pohledu pracovníků, kteří o seniory s obtížemi v komunikaci pečují?

a) spíše ano

b) spíše ne

c) nedovedu posoudit

19. Ocenili by (oceňují) logopedickou péči příbuzní seniorů, u nichž se objevily obtíže při komunikaci?

a) spíše ano

b) spíše ne

c) někteří

d) nedovedu posoudit

20. Uvažujete nebo uvažovali by jste o logopedické péči pro seniory s obtížemi v komunikaci v rámci zkvalitnění péče?

a) spíše ano

b) spíše ne

21. Napište prosím, jakým způsobem komunikujete s uživateli, kteří mají s komunikací potíže (řeč je nesrozumitelná apod.)?

.....

.....

.....

22. Využíváte některou formu náhradní komunikace např. písemný projev, fotografie, piktogramy apod.?

a) ano /napište prosím

kterou/……..

b) ne

23. Jsou (někteří) pracovníci proškoleni v oblasti týkající se komunikace / logopedie?

a) ano, formou:

- odborných kursů
- odborných seminářů a přednášek
- studiem na odborné škole
- studiem na vysoké škole

b) ne

24. Jaké terapie provádíte ve vašem zařízení ?

a) rehabilitace

b) arteterapii

c) ergoterapii

d) fyzioterapie

e) bzální stimulace

f) canisterapie

g) muzikoterapie

h) reminiscenční (vzpomínková) terapie

ch) trénování paměti

i)jiná ……

j) žádné, uveďte prosím důvody:

- nemáme dostatek pracovníků
- nemáme možnost spolupracovat s terapeuty
- nemáme finanční prostředky

25. Která z terapií je podle Vás nejefektivnější v práci se seniory?

……

…..

26. Která z terapií je podle Vás nejefektivnější <u>pro komunikaci</u> v práci se seniory?

……..

27. Jakou formou jsou terapie nejčastěji prováděny?

a) spíše individuálně

b) spíše skupinově

28. Jak často jsou prováděny?

a) denně

b) týdně

c) dle možností

d) jinak……..

KONEC DOTAZNÍKU